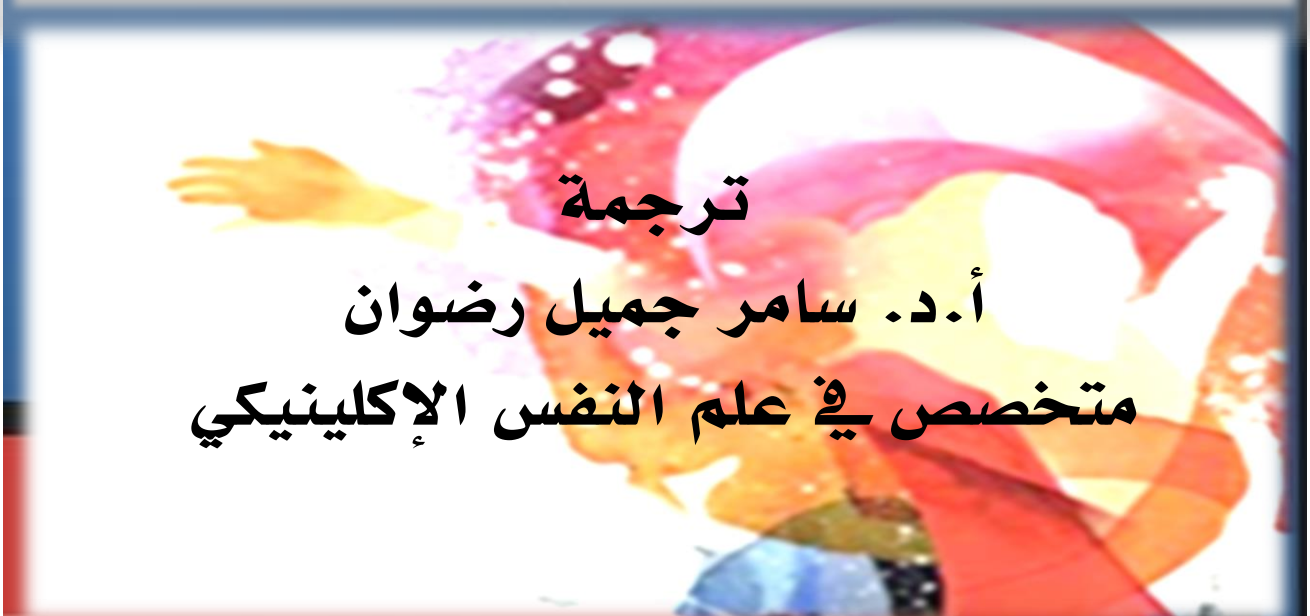
ممارسة العلاج النفسي
الأسس النظرية للتحليل النفسي والعلاج السلوكي



تأليف

Wolfgang Senf
Mechael Broda



ترجمة

أ.د. سامر جميل رضوان

متخصص في علم النفس الإكلينيكي

ممارسة العلاج النفساني

الأسس النظرية للتحليل النفساني والعلاج السلوكي

هذه ترجمة عربية لكتاب

Praxis der Psychotherapie

Theoretische Gerundlagen von Psychoanalyse und Verhaltenstherapie

Herausgegeben von Wolfgang Senf und Michael Broda

Georg Thieme Verlag سلطان

Stutgart New York

ترجمة

أ. د. سامر جميل رضوان

أستاذ في علم النفس الإكلينيكي

الناشر: المترجم

طبعة منقحة

2019

2019

طبعة ثانية للمترجم منقحة

جمع وتنفيذ وإخراج: المترجم

المحتـــويـات

الموضـوع | الصفحة

المحتويات

المحتويات

المحتويات

المحتويات

مقدمة المترجم

بسم الله الرحمن الرحيم

مر العلاج النفساني منذ نشوئه وحتى اليوم بمجموعة كبيرة من التطورات والتغيرات بفضل البحث العلمي والخبرات الإكلينيكية التي أدت إلى توسيع معارفنا، وبشكل خاص فيما يتعلق بالعلاج النفساني والعلاج الدوائي، وإلى مزيد من الفهم للأسس النفسية والبيولوجية للاضطرابات النفسية، وإلى تحسين الوسائل التشخيصية النفسية والطبية النفسية، وتحديد أوضح للحدود والإمكانات. وهذا ما يفتح الباب واسعا على مصراعيه نحو الدعوة إلى التعاون بين المدارس والاتجاهات بدلا من المواجهة. وهذا لا يعني إزالة الفروق بين الاتجاهات المختلفة، فالفروق ستظل بين الأساليب والطرق المختلفة موجودة وهي ليست بالقليلة على الإطلاق.

وهو في النهاية يسعى نحو تهديم الجدار بين المدارس العلاجية والمجموعات المهنية. وهو بهذا يتطرق لأهم اتجاهات النقاش الراهنة في العلاج النفساني، ويهدف إلى الإسهام في هذه الاتجاهات في الوقت نفسه.

وهو ككتاب مرجعي يقدم إمكانية التعرف على أسس أهم اتجاهين رئيسيين في العلاج النفساني بشكل منهجي ومؤسس وموضوعي ومتمركز حول الممارسة في الوقت نفسه.

ومن هذا المنظور يحاول الكتاب توضيح الأسس النظرية للتحليل النفساني والعلاج السلوكي مبتدئا بمحاولة الإجابة عن السؤال المتعلق بماهية العلاج النفساني، وهي إجابة ليست سهلة في كل الأحوال، وقد تتطلب قراءة الكتاب كاملاً قبل أن يستطيع الإنسان الوصول إلى تصور عما يمكن أن تكون عليه ماهية العلاج النفساني. ويعطي لمحة عن الأسس البيونفسية للسلوك للعلاج النفسي من أجل تمكين المعالج النفساني من فهم المعادلات البيولوجية للسلوك الإنساني وفهم آلية تأثير الأدوية النفسية بشكل أفضل وفيما يتعلق بالأسس

الفيزيونفسية للتدخلات الطبية السلوكية.

ولا يقتصر هذا الكتاب على عرض للأسس النظرية التي يقوم عليها كل من التحليل النفسي والعلاج السلوكي، وإنما يوضح أيضا مسألة التشخيص وأساليبها في كلا الاتجاهين، مبينا في البداية أهمية التصنيف والتوثيق والأسس التي يقوم عليها التشخيص في التحليل النفسي والعلاج السلوكي والتشخيص بالاختبارات في العلاج النفساني عموما والمركز الذي يحتله هذا التشخيص بالنسبة للممارسة العلاجية. وينتقل بعد ذلك لمعالجة أسس العلاج النفساني التحليلي باتجاهاته المختلفة وموضحا أعمدة العلاج التحليلي "النقل، والنقل المعاكس والمقاومة" متتبعا إياها عبر الاتجاهات التحليلية المختلفة والأهمية التي تعطى لهذه أو تلك من المتغيرات. ثم يناقش العلاج السلوكي وأسسه ومفهومه للعلاج باعتباره عملية تعديل، وتشخيص السلوك وتحليله واستخداماته المختلفة.

وفي الفصل الأخير من الكتاب يحاول الكتاب الإجابة عن السؤال عن الكيفية التي يؤثر فيها العلاج النفساني ويناقش الأسس المنهجية والمفاهيمية لأبحاث العلاج النفساني. وعوامل تأثير العلاج النفساني، العامة منها والخاصة.

أما الفئة الهدف التي يتوجه إليها هذا الكتاب فهي: طلاب وطالبات علم النفس والطب الذين يهتمون بالعلاج النفساني ويرغبون في تأهيل وإعداد أنفسهم في هذا الميدان. والمتعلمين الذين يحتاجون إلى أساس لتأهيلهم وتدريبهم المستمر. والمعلمين الذين يجدون المحتويات الأساسية معروضة بشكل واضح وشامل من خبراء معترف بهم، والمعالجين النفسانيين المحترفين الذين يتجرؤون على إلقاء نظرة خارج جدارهم الخاص، ناهيك عن الجمهور المهتم الذي يمكنه من خلال هذا الكتاب الحصول على انطباع موضوعي تفريقي.

يأتي هذا الكتاب ليسهم بإضافة مهمة إلى المكتبة العربية من جهة طريقة العرض والمحتوى، معبرا في الوقت نفسه عن التطورات الحديثة المتعلقة بالتشخيص والتصنيف والتوثيق والأسس النظرية التي تعطي القارئ المتخصص البعد المعمق

للممارسة التحليلية والسلوكية، وتتيح للقارئ الذي هو على طريق التخصص إمكانية اختيار الاتجاه الذي يجد نفسه فيه. ولعلنا في الوطن العربي بأمس الحاجة إلى مثل هذا النوع من الكتب التي تسعى إلى ترسيخ وتعميق مبادئ الممارسة النفسية العلاجية بأشكالها المختلفة من أجل مزيد من التأصيل وكي تصبح الممارسة النفسية في وعي الجمهور (والمتخصصين) عملية علمية تقوم على أسس نظرية عميقة الجذور ومؤصلة علميا.

عندما يصدر الكتاب يكون المؤلف قد قدم ما أمكنه تقديمه وانسحب تاركا المجال للقارئ ليقدر مدى الجهد الذي يمكن أن يكون قد بذله قبل أن يظهر الكتاب إلى النور، وفي النهاية قد يقرر محتوى الكتاب أو اهتمامات القارئ مثل هذا الأمر. وكذلك يكون حال المترجم الذي لا يتحمل مسؤولية اختيار وانتقاء المحتوى فحسب بل يحاول تطويع اللغة والفكرة لتصل لقارئ تحكمه أطر ثقافية ومرجعية مختلفة، وهي مهمة ليست سهلة يأمل المترجم أن يكون قد وفق فيها إلى حد ما، وإن ظهر تقصير فمرده إلى وحدي أتحمل مسؤوليته، وحسبي أني عملت، ومن يعمل يخطئ ومن لا يعمل لا يخطئ. أرجو أن يكون هذا الكتاب قد حقق الأهداف التي سعيت إليها من خلال تقديمي إياه للقارئ العربي، وأن يسهم في تحسين وتعميق جذور الممارسة العلاجية النفسانية العلمية في الوطن العربي، وأن ينعكس ذلك على العينة الهدف التي يسعى العلاج النفساني بالدرجة الأولى إلى تقديم خدماته لها، ومساعدتها على مواجهة متطلبات حياتها بشكل أفضل.

والله الموفق

أ. د. سامر جميل رضوان

مقدمة المترجم

الباب الأول

ما هو العلاج النفساني

الفصل الأول

ما هو العلاج النفساني

W. Senf & M. Broda

1. ما هو العلاج النفساني؟

يشهد ميدان العلاج النفساني في الوقت الراهن الكثير من التحولات الواسعة والعميقة. ولعل محتوى الكتاب كاملاً يمكن أن يوضح الصورة حول ماهية العلاج النفساني. وهناك كم كبير من تعاريف العلاج النفساني. فكل متخصص له تعريفه الخاص، ويركز على مظاهر محددة في تعريفه تميز قناعاته المدرسية الأساسية وخبراته الشخصية. وسنحاول في هذا الفصل الإجابة عن السؤال حول ماهية العلاج النفساني.

فما هو العلاج النفساني؟: هل هو علاج فرويد الناطق Talking Cure من خلال قوة الكلمات السحرية أم أنه كما عبر عنه رايمي (1950) Raimy بعد خمسين سنة من فرويد بشكل تهكمي sarcastic على أنه تقنية غير محددة في حالات غير خاصة مع نتيجة غير قابلة للتنبؤ؟ أم أن العلاج النفساني ما يراه تسايغ Zeig الذي جمع في نهاية عام 1994 في "مؤتمر "تطور العلاج النفساني Evolution of Psychotherapy"قادة علم النفس كلهم في العالم تقريباً بأنه استخدام التواصل من أجل تمكين المتعالجين، "بتنفيذ ما يمكن تحقيقه بالنسبة له، ما يمكن أن يكون قد نواه، ولكنه لم يتمكن من تحقيقه بعد، لأنه لا يعتقد بأنه بالفعل ممكن له"، وأن "المعالجين النفسانيين هنا يجعلون غير الممكن ممكناً أو قابلاً للتحقيق؟

هل العلاج النفساني هو عملية مشكلة تواصلية واجتماعية communicative and social problem process يستخدم تفاعل المعالج-المتعالج في إطارها كوسيلة مساعدة لتوسيع الخبرات، يفترض فيه أن يتم إيصال المتعالج من نقطة انطلاق غير مرغوبة إلى

حالة هدف مرغوب (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1990)؟

> **في أحد أعمال فرويد الباكرة في عام 1905: بعنوان "المعالجة النفسية Psychological cure" كتب "سيكو Psycho كلمة لاتينية وتعني مترجمة إلى الألمانية النفس[1] (الروح). ووفقاً لهذا فإن المعالجة النفسية معالجة الروح. ويمكننا من هذا القول: إن المعالجة النفسية هي معالجة الظواهر المرضية للحياة النفسية (الروحية). غير أن هذا ليس هو معنى هذه الكلمة. فالعلاج النفساني يؤكد على العلاج انطلاقاً من النفس (الروح). أي علاج الاضطرابات –النفسية والجسمية- بالوسائل التي تؤثر بشكل مباشر على نفسية الإنسان. وهذه الوسائل هي الكلمة بشكل خاص. والكلمات هي الأدوات الأساسية لعلاج النفس. وقد يصعب على الجمهور إدراك أن الاضطرابات المرضية للنفس والبدن تعالج "بمجرد" كلمات الطبيب. وسوف يظن أن الإنسان يريد إقناعه بالاعتقاد بالسحر. إنه بهذا ليس على خطأ كلية؛ فكلمات أحاديثنا اليومية ليست أكثر من سحر منفوث. إلا أنه من الضروري سلوك طريق آخر من أجل توضيح كيف يعمل العلم من أجل استرجاع ولو جزء على الأقل من القوة السحرية الباكرة للكلمات.**

هل العلاج النفساني هو المساعدة العلم نفسية المتخصصة للمتعالجين في مواجهة اضطراباتهم النفسية أو المظاهر النفسية للاضطرابات الجسدية من خلال العمل الهادف

[1] النفس: الروح في قوله تعالى: {أخرجوا أنفسكم} <الأنعام/ 93> قال: {واعلموا أن الله يعلم ما في أنفسكم فاحذروه} <البقرة/ 235>، وقوله: {تعلم ما في نفسي ولا أعلم ما في نفسك} <المائدة/ 116>، وقوله: {ويحذركم الله نفسه} <آل عمران/ 30> فنفسه: ذاته، وهذا – وإن كان قد حصل من حيث اللفظ مضاف ومضاف إليه يقتضي المغايرة، وإثبات شيئين من حيث العبارة – فلا شيء من حيث المعنى سواه تعالى عن الاثنوية من كل وجه. وقال بعض الناس: إن إضافة النفس إليه تعالى إضافة الملك، ويعني بنفسه نفوسنا الأمارة بالسوء، وأضاف إليه على سبيل الملك. مفردات غريب القرآن للأصفهاني). (المترجم)

والمبرر علمياً للمعالج النفساني بنوع خاص من العلاقة البين شخصية؟ (Bastine, 1982) ؟

أم أن العلاج النفساني بوصفه مهنة غير معقولة هو أقرب للفن منه إلى العلم؟ أم أن العلاج النفساني هو ببساطة كل ما يفعله معالج نفسي محترف؟

وعلى ما يبدو فإن إيجاد إجابة واضحة ومحددة عن السؤال حول ماهية العلاج النفساني ليس بالأمر اليسير. فالمراجع لا تساعد كثيراً على إيجاد تعريف واضح، فهناك نجد تعاريف صعبة أو لا نجد على الإطلاق. أو أننا نجد أنه قد تم تحت مفهوم العلاج النفساني تجميع مجموعة من أساليب العلاج النفسانية أو التقنيات العلاجية تشترك جميعها في أنها تزعم أنها تتناول الأعراض الباثولوجية[1] بالطرق النفسية، مع العلم أن الاختيار يتم حسب الموقع التخصصي أو التوجه المدرسي. وحتى الجمهور غير المتخصص (المرضى ومسؤولو الصحة وصناديق الضمان الصحي... الخ)، فإنهم غالباً يجهلون ذلك. والواضح هو أنه لابد وأن يكون العلاج النفساني عبارة عن تنوع ملون تصعب الإحاطة به ومن ثم فهو غامض، وأن هناك عارضون شديدو الاختلاف يتنافسون، بل أنهم غالباً على ملء صوتهم في وسائل الإعلام. وعلى أية حال فقد جمع هيرنك في عام Hernik 1980 أكثر من 250 طريقة من طرق العلاج.

تعريف معقول

من بين كثير من محاولات تعريف العلاج النفساني يوجد تعريف مازال حتى اليوم أفضل تعريف مناسب، وذلك في سبيل تحقيق التنظيم والمنهجية في هذا التنوع. ويقصد بهذا التعريف الذي وضعه ستروتسكا في عام Strotska 1975 في كتابه الذي مازال حتى اليوم جديراً بالقراءة وحديثاً بعنوان: "العلاج النفساني: الأسس والأساليب والفاعلية"، وبالمناسبة فهو أول كتاب تكاملي حول العلاج النفساني.

[1] الباثولوجيا؛ عِلم الأمراض (أسبابِها وأعراضِها).

وطبقاً لذلك فإن العلاج النفساني:

- عملية تفاعلية هادفة ومخططة،
- للتأثير باضطرابات السلوك وحالات المعاناة،
- تتم ممارسته باتفاق (قدر الإمكان بين المريض والمعالج والأطر المرجعية) لمحتاجي المعالجة،
- بالوسائل العلم نفسية (من خلال التواصل)،
- غالباً لفظياً، ولكن بشكل غير لفظي أيضاً،
- باتجاه هدف محدد، مبني بصورة مشتركة حسب الإمكانية (تخفيض العرض أو تغيير بنية الشخصية أو كلاهما)،
- بواسطة تقنيات قابلة للتعلم،
- على أساس السلوك الطبيعي والمرضي،
- في العادة يكون وجود ارتباط انفعالي مثمر ضروري.

وعلى الرغم من أنه قد تمت صياغة هذا التعريف في عام 1975 بشكل ذرائعي (عملي) واستند إلى ما ينبغي للعلاج النفسي أن يكون عليه فإنه هناك القليل لإضافته له من المنظور الراهن. إنه تعريف شامل وصائب ومقبول من غالبية المعالجين النفسانيين. ونرغب هنا بإكماله وتدقيقه من خلال المبادئ والأفكار والملاحظات التالية.

العلاج النفساني هو علاج المرضى في الأمراض والأوجاع والشكاوى والاضطرابات ذات المصدر النفسي وفق قوانين الهيئة الصحية العامة وفي إطارها.

وينبغي لمفهوم العلاج النفساني أن يقع في مجال العلاج المنهجي للمرضى في الرعاية الطبية من خلال الخدمات العلاجية النفسانية، وينبغي أن تتم معاملته في المستقبل طبقاً

لذلك. العلاج النفساني عبارة عن الإجراء العلاجي المتخصص المبرهن علمياً والمختبر إمبيريقياً، يتم القيام به بالوسائل والطرق العلم نفسية في الخبرة والسلوك بهدف علاج الأمراض ذات المنبع النفسي أو الوقاية منها (Huber,1992).

ويتوجه العلاج النفساني بوصفه مهنة معالجة إلى الأمراض النفسانية أو الأمراض الجسمية ذات المنبع النفساني. وتعرف الأمراض النفسية على أنها الاضطرابات المرضية في الإدراك وتمثل الخبرة والعلاقات الاجتماعية ووظائف الجسد، مع العلم أن الطبيعة المرضية لهذه الاضطرابات تتجلى بالدرجة الأولى من خلال أنها لا تعود خاضعة للتوجيه الإرادي للمريض أو أنها تكون خاضعة للضبط بشكل جزئي؛ وتصبح ملموسة من خلال أعراض نفسانية أو جسمية وفي أنماط السلوك المرضية، والتي يمكن أن تكمن خلفها الأزمات الراهنة للحدث النفسي، وكذلك البنى والوظائف النفسية والجسمية المرضية. ويقصد بالبنى النفسية أسس الحدث النفسي الاستعدادية فطرياً والمكتسبة حياتياً، القابل للملاحظة (أي الحدث النفسي) المباشرة وللاستنتاج غير المباشر. وضمن هذا المفهوم المرضي تقع كل العصابات والأمراض النفسية واضطرابات الشخصية.

أما مجالات تطبيق العلاج النفساني خارج مجال علاج الأمراض فيكمن في الوقاية وإعادة التأهيل.

وينبغي فصل العلاج النفساني عن العناية بواسطة حكمة الحياة life wisdom التطبيقية في إطار الرعاية الاجتماعية النفسانية والإرشاد اللذان على الرغم من أنهما يمكن أن يستخدما التدخلات النفسية الإكلينيكية أو تقنيات علاجية نفسية منفردة، ولكن لا يمكن تسميتها بالعلاج النفساني.

يحدث العلاج النفساني في داخل أطر ملزِّمة بالنسبة لممارسة مهنة العلاج على كل معالج نفسي الالتزام بها. ويفترض أن تكون الأسس المتعلقة بالسياسة الصحية والاقتصادية والقانونية والأخلاقية وتمويل العلاج النفساني ووسائله محددة ومنظمة بدقة في الهيئة الصحية. ومن الناحية القانونية فإن كل معالج نفساني يرتبط مع متعالجيه

بعلاقة عمل لا تتحدد من خلالها العلاقة العلاجية فحسب والتي ينبغي أن تتحدد بوضوح عن العلاقة الشخصية، وإنما التي يتم الحث فيها على أن يتم تقديم أفضل مساعدة ممكنة للمتعالج تتناسب مع المستوى الراهن للتطور.

> **يستند العلاج النفساني على النظريات المؤسسة نظرياً والمختبرة إمبيريقياً حول نشوء وشفاء ومعالجة الأمراض والاضطرابات ذات المنبع النفسي ويتم باستخدام أساليب علاجية نفسية مبرهنة علمياً.**

ويفترض أن يكون من البديهي أن كل شكل من العلاج النفساني يقوم على نظرية للشخصية واضطرابها وعلى نظرية علمية حول تعديل الاضطرابات النفسية وأن كل شكل من العلاج النفساني يستخدم تقنية تعديل مجربة ومختبرة إمبيريقياً. وهذه الشروط لا تتحقق في كثير من الأساليب العلاجية النفسانية الموجودة في السوق أو تشوبها العيوب. ولكن هذا لا يعني أن تقنيات التدخل العلاجية النفسانية المنبثقة من مثل هذه الأساليب لا يمكن أن تكون غير ذات فائدة علاجية. إلا أنه من حيث المبدأ المطلوب من كل أسلوب علاجي نفساني وكل تقنية علاجية نفسانية الاختبار الإمبيريقي والتأكيد أو الإثبات في دراسات مضبوطة.

ومن حسن الحظ فقد حققت أبحاث العلاج النفساني في العقدين الأخيرين من القرن العشرين تقدماً كبيراً وحتى بالنسبة للممارسة العلاجية النفسانية، وهو ما تجلى في كتاب "العلاج النفساني و التعديل السلوكي Handbook of Psychotherapy and Behavioral Change" لغارفيلد وبيرغاين (1994 Garfield and Bergin) وفي مجلات مثل: Psychotherapy research; Journal of Psychotherapy Integration; Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse; Psychotherapy, Psychosomatik, Medizinische Psychologie; Psychotherapeut; Verhaltenstherapie). وتوجد اليوم نظريات تصورات ممتدة عبر النظرية وعبر

المدرسية وأدلة علاج مفصلة. وتعد المبادئ العلاجية النفسانية التكاملية من المؤشرات المستقبلية للتطور الحديث للعلاج النفساني.

> **يتم إجراء العلاج النفساني باستخدام تشخيص وتشخيص تفريقي مؤهلين باستخدام كل الأساليب والطرق المتوفرة والاستفادة منها، ومن خلال أهداف علاجية مصاغة مسبقاً priori ومقومة بعدياً posterior.**

وما هو مفيد يمكنه أن يكون ضاراً أيضاً. وتنطبق هذه الحكمة القديمة على العلاج النفساني أيضاً. وقد شبه فرويد العلاج النفساني بالعملية الجراحية، من أجل استثارة التفكير من خلال هذه المطابقة بأن "التدخل" العلاجي النفسي يقود إلى تغيرات نفسية داخلية ذات عواقب ممكنة واسعة ويمكنه أن يعدل البنى النفسية الداخلية بشكل مفيد، ولكنه يمكن أن يلحق الأذى بها. ولهذا السبب لابد من استخدام العلاج النفساني فقط في الأمراض والاضطرابات ذات الأهمية المرضية clinical significance وفي المعاناة التي تحتاج للعلاج بالمعنى الإكلينيكي. أما المشكلات الحياتية العامة أو المشكلات المهنية أو المشكلات التربوية أو اضطرابات العلاقة فلا تقع ضمن فئة الأمراض النفسية ومن ثم فهي لا تقع ضمن مجال استطباب Indication العلاج النفساني.

لابد وأن يكون من البديهي أن كل تدخل علاجي نفساني قد سبقه تشخيص وتشخيص تفريقي موثقين استناداً إلى الإجراءات الواعدة بالنجاح على الأغلب. كذلك لابد من أن يكون أمراً بديهياً بالنسبة لكل معالج نفسي أن يقوم باختبار نتيجة علاجه بعد العلاج واختبار مدى تحقيق الأهداف العلاجية التي تمت صياغتها قبل العلاج. ويبدو هذا مهماً بالنسبة لنا من أجل تجنب العشوائية في التفسيرات السببية-post

hoc interpretation[1] بالنسبة للعمليات الحاصلة.

وكما أنه لا يجوز القيام بأي إجراء علاجي طبي دون اختبار مدى نجاحه، فإن الأساليب العلاجية النفسانية خاضعة كذلك للاختبار العام.

- يجرى العلاج النفساني من معالجين نفسانيين متخصصين (محترفين) يحملون تأهيلاً مهنياً مختبراً وكافياً ضمن تحقيق إجراءات ضامنة للجودة وضمن إطار المقدرة الاقتصادية والحفاظ على المعايير المبادئ الأخلاقية الأساسية.

يتم إجراء العلاج النفساني في العادة من المعالجين النفسانيين الأطباء doctoral Psychotherapist والمعالجين النفسانيين من متخصصي علم النفس psychological Psychotherapist. وممارسة العلاج النفساني نشاط شديد المسؤولية يشترط سنوات طويلة وشديدة المطالب من التأهيل المهني المعترف به. مع ضرورة التأهيل الإكلينيكي "على المرضى" شبه الميداني وأن يمر المعالج المستقبلي تحت الإشراف بخبرات عملية كافية مع صور الأمراض والاضطرابات النفسية التي عليه في المستقبل أن يعالجها بشكل مستقل. التأهيل في العلاج النفساني يمتد لأبعد من تعلم النظرية، إلى "التعلم بالعمل learning by doing" تحت إشراف supervision وخبرات ذاتية كافية. ولابد أن تخضع عروض التأهيل والمدربين إلى ضمان صارم للجودة. والعروض التأهيلية والتدريبية الشائعة في السوق تحت مسميات عدة، وخصوصاً تلك التي تتم في نهاية الأسبوع لا تكفي وعفا عنها الزمن.obsolete

ويرتبط إجراء العلاج النفساني بدرجة عالية من المطالب الأخلاقية والأمر لا يحتاج

[1](1) بعد هذا، وإذن بسببٍ منه ، (2) مغالطة منطقية.

في الواقع إلى تذكير، أن العلاقة العلاجية هي بوضوح وبشكل قطعي تستبعد حدوث أية **علاقة شخصية أو علاقة صداقة أو علاقة حميمة أو علاقة جنسية.**

تعريف موسع

على خلفية ما قيل يمكن أن يتم توسيع التعريف السابق لستر وتسكا Strotzka على النحو الآتي:

- **العلاج النفساني هو:**
  - علاج للمرضى الذين يعانون من أمراض، أوجاع، شكاوى، اضطرابات، ذات منبع نفسي
  - في إطار الهيئة الصحية العامة وضمن قوانينها الناظمة
  - بواسطة طرق وأساليب مختبرة إمبيريقياً وراسخة علمياً
  - بالاستناد إلى نظريات راسخة علمياً ومختبرة إمبيريقياً حول الأمراض والشفاء والعلاج
  - يجرى وفق تشخيص وتشخيص تفريقي مدرب باستخدام واستغلال كل الطرق والأساليب المتاحة؛
  - بأهداف علاجية مصاغة مسبقاً ومقومة لاحقاً
  - يجرى من معالجين نفسيين محترفين (متخصصين) يحملون تأهيلاً مهنياً موثقاً
  - مع تحقيق إجراءات ضامنة للجودة تحت واجب الاقتصادية
  - مع الحفاظ على المعايير المبادئ الأساسية الأخلاقية

وينبغي أن تكون هذه المعلومات ملزمة للعلاج النفساني اليوم. فمن خلالها يمكن اختبار نوعية العمل العلاجي المعروض. والشكل العلاجي الذي يراعي بعض هذه

المطالب، لن يؤخذ بعين الاعتبار، وهذا يهدف إلى أن يعيد مروجو هذا الأسلوب التفكير.

الفصل الثاني

الأسس البيولوجية النفسية للسلوك

Th. Koehler & B. Dahme

مدخل

"ولكن ما يهمنا هنا هو العلاج من حيث أنه يعمل فقط بالوسائل النفسانية، في الوقت الحالي لا نملك وسيلة أخرى. قد يعلمنا المستقبل التأثير بواسطة مواد كيماوية خاصة بشكل مباشر على كميات الطاقة وتوزيعاتها في الجهاز النفسي. وربما تظهر إمكانات أخرى من العلاج لا عهد لنا بها من قبل؛ أما في الوقت الراهن فليس لدينا عروض أفضل من تقنيات التحليل النفسي ولهذا السبب على المرء ألا يقلل من أهميته على الرغم من حدوده". (Freud, 1940, P. 108)

تصف هذه الكلمات المشهورة لفرويد والكثيرة الاقتباس من الموجز في التحليل النفسي وضع العلاج النفساني بدقة، في ذلك الوقت واليوم أيضاً: إذ أنه من الواضح أن كل تدخل علاجي نفسي يستند على عمليات جسدية في النهاية وأن طريقة تأثيره لا يمكن أن يتم فهمها إلا إذا أمكن وصف التغيرات المتأثرة بها (المحدثة بفعلها) بمصطلحات بيولوجية. ومن جهة أخرى فإن المرء في الوقت الراهن بعيد جداً عن معرفة الأسس الجسدية للاضطرابات المعالجة نفسانياً، ويمتلك كذلك تصوراً غامضاً حول الكيفية التي يمكن فيها أن تؤثر من خلالها تدخلات دوائية معينة، ولا يمتلك أية نماذج حول ماهية الطرق التي تمارس فيها الأساليب العاملة بالوسائل النفسانية تأثيرها هناك. ومن هنا ينبغي أن يتم تقويم فاعلية العلاج النفساني على المستويات النفسية فقط؛

إذ لا يمكن لهذا الفصل إلا وأن يظل –مرغماً– غير باعث على الرضا. ومن المثير للاهتمام فإن المقال الشامل –بشكل عام– لشفارتس Schwarz الذي يرجع للعام 1978 بعنوان "الأسس البيولوجية للعلاج النفساني وتعديل السلوك Psychobiological foundation of Psychotherapy and behavior change" قد تم إلغاؤه من الطبعة الثانية لغارفيلد وبيرغن (1978) Garfield & Bergin، بدون تعويض في الطبعة الرابعة لبيرغن وغارفيلد (1994) Bergin & Garfield. ومن المؤكد فإن هذا يعد مؤشراً على مدى قلة ما يتوفر من المُبَرهن والمهم عملياً في هذا الميدان. وما يمكن أن يحدث هنا هو وصف موجز للقليل مما هو معروف حول الأسس البيولوجية للأمراض النفسية وبهذا تقديم أساس يمكن من خلاله على الأقل في يوم من الأيام بناء نموذج بيولوجي نفسي للتدخلات.

وقد كان الاختيار هنا من بين كم كبير من المواد صعباً جداً، وخصوصاً أن الإطار المتاح في هذا المقام لا يتسع. وسوف نقوم في البداية بعرض النظريات البيوكيماوية للاضطرابات النفسية (الفصام، الاكتئاب، أعراض القلق، اضطرابات التوتر التالية للصدمة، مدعمين هنا بعدد كبير من الدراسات الجيدة منهجيا والقوية تنبؤياً وفي بعض الأحيان المصاغة بدقة بحق. ويحتمل أن تكون معارف هذه الأسس مهمة لكل واحد يعالج مرضى بهذه الصور المرضية؛ ومن جهة أخرى يقدم الفصل أساس مهم من المعرفة للمعالجين النفسانيين من غير الأطباء non-medical Psychotherapistsحول العلاج الدوائي الذي يتم في الوقت نفسه دائماً تقريباً وأسلوب تأثيره المفترض. كما يبدو كذلك أن الأسس البيونفسية للإدمان والألم تستحق العرض الدقيق هنا، ذلك أن مرضى الإدمان والألم يشكلون جزءاً لا يستهان به من محيط الأشخاص الذين يعالجون علاجاً نفسياً، ولا يمكن للتدخلات الملائمة أن تحدث من دون أخذ المعرفة الأساسية البيولوجية المتوفرة بعين الاعتبار. بالمقابل قررنا بعد تفكير كاف التطرق إلى الأسس العضوية للتأثيرات الطبية السلوكية. أما العروض حول آليات التأثير النوعية وغير النوعية للإرجاع الحيوي و الاسترخاء أو المسائل الخاصة بأبحاث الاستنباه

الباطني[1]interception researchesفتبدو لنا مفيدة فقط في إطار مناقشة مفصلة لصور الاضطرابات منفردة و علاجها. لهذا سنكتفي هنا ببعض الملاحظات المقتضبة، المرتبطة بالإشارة إلى القليل من المراجع.

الأسس البيوكيماوية للاضطرابات النفسية

في البداية لابد وضمن تبسيط عام كثيراً أو قليلاً – وهو ما يفترض له أن يكون مبررا في هذا العرض المختصر في كتاب تعليمي موجه بالدرجة الأولى للمعالجين النفسانيين– من التقديم ببعض الملاحظات الأساسية حول نقل التنبيهات للعصبونات[2]. ففي الحالة النموذجية تنتشر استثارات جدار الخلايا داخل العصبونات من خلال الألياف العصبية (المحور العصبي axon)، وهو ما يحدث بطرق كهربائية بواسطة تغيرات قصيرة الأمد في توزع الأيونات. وينقسم المحور العصبي في نهايته إلى تفرعات عدة تتصل بما يسمى بالعقد النهائية مع جدار خلايا عصبية أخرى. وفي هذه الأماكن من الاتصال المشترك لعصبونين، والذي يسمى المشبك العصبي synapse يتابع النقل العصبي للاستثارة طريقه بطريقة كيميائية: فعند نهايات العقد العصبية للخلايا قبل المشبكيه pre-synapses يتم تحرير مواد ناقلة (نواقل، مرسلات Transmitter) فتنتشر في الشق المشبكي وتتراكم بكمية محددة في أماكن استقبال محددة، تسمى المستقبلات Receptors. ويوجد عدد كبير من النواقل العصبية المختلفة في الجهاز العصبي، يمكن هنا ذكر الأستيل كولين Acetylcholine و السيروتونين Serotonin، والدوبامين Dopamine، والأدرينالين Adrenalineو النورادرينالين Noradrenalin. ولكن في كل مشبك عصبي يتم طرح نوع واحد من النواقل العصبية فقط، فيستجيب له المستقبل

---

[1] استنباهيّ باطنيّ: متعلق بالمستَنْبَهات الباطنية interoceptorsأو بالمنبِّهات المؤثرة فيها أو بمفاعيله. يقابلها exteroceptive استنباهيّ خارجي: متعلق بالمستنبَهات الخارجية exteroceptorsأو بالمنبِّهات المؤثّرة فيها أو بمفاعيلها

[2] الخلايا العصبية Neurons

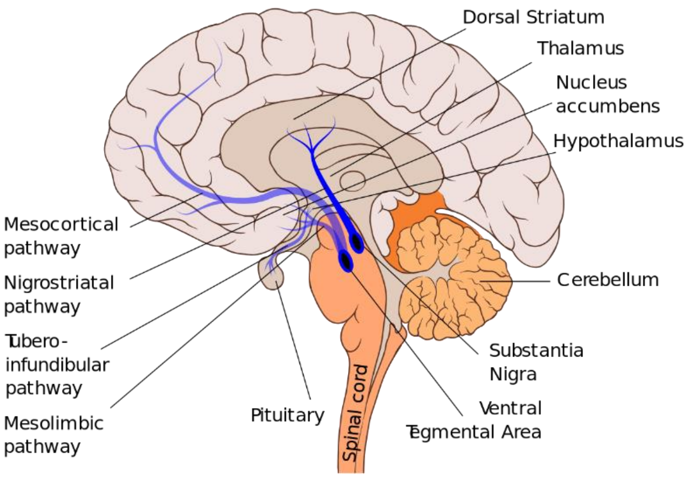
المتموضع هناك لوحده. وحسب نوع المستقبل فإنه يمكن للإشغال بالناقل المناسب أن يقود إما إلى إزالة استقطاب depolarization الغشاء الخلوي بعد المشبكي postsynaptic Cell membraneالأمر الذي يسهل تشكل الاستثارة والانتشار أو إنتاج فرط استقطاب Hyper polarization؛ وهذا يضعف عندئذ الاستثارات المنطلقة من المشابك الأخرى أو يكسرها كلية. فإذا كانت التغيرات في الأغشية بعد المشبكية من خلال إزالة الاستقطاب المتكرر أو من خلال إزالة الاستقطاب الظاهر في الوقت نفسه في أماكن كثيرة كبيرة كفاية يحصل تشكل احتمالية تصرف action potential؛ فينتشر هذا كهربائياً على طول المحور العصبي إلى العقد القاعدية ويقود هناك من جهته إلى تحرير مواد النقل العصبي، التي تصل إلى أغشية الأعصاب الأخرى أو العضلات أو الأعضاء أيضاً.

وفي هذا المقام لا بد من الإشارة ببعض العبارات إلى تنظيم طرح النوافل العصبية وتثبيطها، وهو ما لا غنى عنه لفهم طريقة تأثير أدوية نفسية معينة: إن النوافل المطروحة لا تستطيع التراكم في المستقبلات بعد المشبكية فحسب، وإنما تتراكم كذلك فيما يسمى بالمستقبلات الذاتية قبل المشبكية pre synaptic Auto receptors، التي يقدم امتلاؤها (إشغالها) معلومات حول تركيز الناقل العصبي الموجود في اللحظة الراهنة في الشق المشبكي، وينظم الإنتاج في الخلية قبل المشبكية. والجزيئات المُرسِلة Transmitter moleculeالمحررة تشغل (تملأً) كثيراً أو قليلاً المستقبلات Receptors، وتمارس التأثير الموصوف أعلاه، و ترقد بعد ذلك ثانية بشكل حر في الشق، حيث يمكنها من هناك التمركز (أو الترسب) من جديد في مستقبل أو يتم تثبيطها. ففي الأمينات الأحادية المهمة، وبشكل خاص الدوبامين والنورأدرينالين والسيروتونين يحدث هذا الأخير من خلال إعادة القبض في العقد القاعدية (Re-up-take)؛ وهنا إما أن يتم –وذلك حسب التركيز الموجود والمرغوب في اللحظة الراهنة– تحطيمها من خلال الإنزيم أوكسيد الأميني الأحادي monoamine oxidize (مثبط الأنزيم المؤكسد) MOA أو يتحرر من جديد بنتيجة النبضات الكهربائية الواردة.

وكمكافئ بيوكيميائي أو أساس بيوكيميائي – استخدام التعبير "السبب" غير ملائم هنا" – للأعراض الفصامية يفترض المرء في الوقت الراهن وجود فرط نشاط في المسارات اللمبية الوسطى والقشرية الوسطى المولدة للدوبامين dopamine gene mesolimbic and mesocortical (ما يسمى بفرضية الدوبامين في الفصام). وهذه بعض التوضيحات حول ذلك: وفي المسارات المذكورة يتعلق الأمر بألياف عصبية تمتد من الدماغ الأوسط إلى الجهاز اللمبي وإلى اللحاء الجديد New cortex، وبشكل خاص مجالاته الجبهية والتي يتم فيها النقل بواسطة الناقل الدوبامين. وما زلنا غير قادرين على تصور الكيفية التي يحدث فيها فرط نشاط مولدات الدوبامين بدقة –بوصفه تحرير متزايد من العقد القاعدية أو تكاثر المستقبلات أو ارتفاع قابليتها للاستجابة للنواقل أو كليهما– ؛ فالفرضية الأولى بعيدة الاحتمال إلى حد ما. عدا عن أن فرط الاستثارة هذه أو التكاثر لا تمس إلا نوعاً فرعياً من المستقبلات بعد المشبكية، ما يسمى بمستقبلات–د2 -D2 Receptors؛ أما تلك من النمط د1 D1 فيبدو سلوكها لدى الفصاميين شبيهاً بما هو لدى الأصحاء. يضاف إلى ذلك أنه يحتمل ألا يتعلق الأمر كثيراً بفرط نشاط مطلق لمولدات الدوبامين بل أكثر بغلبة التناسب في نشاط منظومات أخرى من النواقل.

وقد قدمت الدلائل على صلاحية فرضية الدوبامين هذه من عدد كبير من

الملاحظات، التي سوف نشير هنا إلى أهمها: فقد تم استنتاج أن الأمفيتامينات Amphetamine، وهي مجموعة من المنشطات النفسية، التي يعتقد أن تأثيرها يقوم على تحرير متزايد للدوبامين في المشابك يمكنها أن تثير الأعراض الذهانية من نحو هذيان الملاحقة أو الأهلاس السمعية على سبيل المثال. كما تمت ملاحظة أعراض مشابهة في بعض الأحيان لدى مرضى الباركنسون، الذين يتم إعطائهم عقار أل-دوبا L-Dopa



للعلاج، وهو مادة أولية من الدوبامين. إلا أن أهم دليل يكمن في تأثير المعُقِّلات (المثبطات Neuroleptica) المستخدمة علاجياً في الفصامات والفاعلة أيضاً إلى درجة معينة. ومن هذه المعُقِّلات نعرف بتأكيد مطلق إلى حد ما أنها تشغل (تحتل) مستقبلات الدوبامين دون أن تسبب التغيرات المحرضة induce من الدوبامين (حصار Blockade)؛ وعلى ما يبدو فإن الفاعلية العلاجية للمعُقِّلات المختلفة تتمثل في وظيفة كفاءتها، أي في الارتباط بمقادير مختلفة بمستقبلات-د2 D2-Receptors.

وبما أن الحصار في العادة لا يطال-كما هو مرغوب بحد ذاته- المشابك زائدة النشاط فقط، في المسارات اللمبية الوسطى و القشرية الوسطى، وإنما كذلك مسارات

أخرى، أي المنظومات المولدة للدوبامين المسؤولة عن الحركة (وبشكل خاص مسارات[1] Nigrostriatal)، (انظر الشكل) فإنه يمكن تفسير الظهور المنتظم لعسر الحركة الذي يظهر عند إعطاء المعُقِّلات بعد بداية العلاج بوقت قريب على شكل متلازمة باركنسون Parkinson-Syndrome(تصلب العضلات، ارتعاش و فقر الحركة)؛ وبما أن هذه الأعراض تلاحظ في مرض باركنسون، الذي يقوم على تلف العصبونات المولدة للدوبامين في المادة السوداء[2] Substianta nigra للدماغ الأوسط، فإنه يغلب الظن أن اضطرابات الحركة التي تولدها المعُقِّلات بتأثيرات مشابهة ترجع إلى المنظومة مولدة الدوبامين المطابقة. بل أن الوضع من الناحية التاريخية تمثل في أن الأعراض الباركنسونية الملاحظة على أنها تأثيرات جانبية قد بررت الفرضية القائلة إن تأثير المعُقِّلات يقوم على تخفيض نشاط المشابك العصبية المولدة للدوبامين. وقد تم توريد الدليل الأول لحصار المستقبل Receptor blockade بداية على أساس هذه الفرضية. أما عسر الحركة المتأخر

[1] هناك خمسة مسارات مهمة تنتقل عبرها الدوبامين في الدماغ: الأول هو المسار الميزوليمبي – المسخدقي، الذي ينطلق من المادة السوداء إلى الجهاز الحوفي والقشرة المخية الحديثة ، ويشترك في نظام المكافأة ويتورط في الإدمان. والثاني هو مسار nigrostriatal ، الذي ينطلق من المادة السوداء إلى المخطط المخطط لها ويوصف أعلاه. والمسار الثالث هو نظام الدرنات الحديدي الذي ينتج فيه النواة في الوطاء الدوبامين وتطلقه في الدورة البدارية للغدة النخامية لتثبيط إفراز التمدّد من الغدة النخامية الأمامية. النظام الدوباميني الرابع هو المسار النخاعي حول البطين ، والذي يتكون من الخلايا العصبية في الجزء الحركي من العصب المبهم. يشتبه في هذا المسار في سلوك تناول الطعام. المسار الخامس هو المسار الخامل، الذي قد يلعب دورًا الذي يلعب دورا في النرحلة الاستباقية للتفاعل الجنسي. عن https://ar.sweet-life.club/37391-what-is-striatal-dopamine.html

[2] المادة السوداء (باللاتينية: Substantia Nigra) هي بنية من الدماغ المتوسط مسؤولة عن المكافأة والحركة بشكل أساسي. يعكس الاسم "المادة السوداء" حقيقة أن بعض أجزائها تكون أغمق من الأجزاء المجاورة نتيجة وجود نسب مرتفعة من النيوروميلانين في الخلايا العصبية دوبامينينة الفِعل. تم اكتشافها في عام 1784 بواسطة Félix Vicq-d'Azyr، وقد ألمح اليها صموئل توماس فون في عام 1791. يتميز داء باركنسون بموت الخلايا العصبية الدوبامينية في الجزء المكتنز من المادة السوداء. على الرغم من ظهور المادة السوداء كطبقة واحدة متصلة في مقاطع الدماغ، فقد وجدت الدراسات التشريحية أنها تتكون في الحقيقة من جزئين يختلفان كلياً في الوظيفة والاتصالات، الجزء المكتنز (باللاتينية: pars compacta) والجزء الشبكي (باللاتينية: pars reticulata). وقد تم تقديم هذا التصنيف لأول مرة بواسطة سانو عام 1910. يعمل الجزء المكتنز في الأساس كمدخل للدارات العصبية المرتبطة العقد القاعدية، مُمِداً الجسم المخطط بالدوبامين. أما الجزء الشبكي فيعمل كمخرج، حيث ينقل الإشارات من العقد القاعدية لأماكن عديدة في الدماغ. (الموسوعة)

الملاحظ أحياناً بعد سنوات كثيرة وبشكل خاص بعد التوقف عن تناول المعُقِّلات على شكل فرط الحركة، وتقليص عضلات الوجه غير المسيطر عليه إلى حد ما فتعزى إلى عمليات التنظيم المعاكس لتعويض حصار الدوبامين.

وما زال هناك عدد كبير من المسائل المعلقة وعدم الاتفاق في فرضية الدوبامين هذه. إلا أن أهم نقطة تقول باختصار: إن العلاج بالمعُقِّلات يؤثر بشكل خاص على الأعراض الإيجابية productive Symptomatic للفصام، أي على سبيل المثال الهذيان والهلوسة؛ أما الأعراض السلبية minus Symptomatic من نحو اضطرابات التفكير أو الانسحاب الاجتماعي أو فقر الانفعالات (سطحية الانفعالات) فلا تتأثر كثيراً أو قد لا تتأثر على الإطلاق، بحيث أنه لابد لنا من افتراض إمكانية وجود أساس بيولوجي آخر لها. أما الفرضية القائلة إنه يكمن خلف الأعراض السلبية تضرر بنيوي morphological مبرهن، يستجر معه في الوقت نفسه فرط نسبي في الدوبامين من خلال تأثير عصبونات أخرى، فيمكنها أن تفسر ملاحظة التأثير الدوائي الانتقائي وتكمل فرضية الدوبامين بشكل مفيد؛ إلا أن الدلائل الإمبيريقية في الوقت الراهن لهذه الفرضية المهمة مازالت غير كافية كثيراً. وعلى الرغم من هذه الصعوبات تظل فرضية الدوبامين في الوقت الراهن أفضل نموذج بيوكيميائي للفصام؛ فهي على الرغم من أنها ستحظى في الوقت القريب العاجل ببعض التعديلات إلا أنه لن يتم التخلي عنها كلية. وكما أشرنا أعلاه فإنه من الطبيعي ألا يكون قد قيل الكثير حول منشأ الفصام؛ فالتغير المفترض في نشاط الدوبامين يحتاج من جهته ثانية إلى تفسير، يمكن أن تقدمه النماذج النفسية من حيث المبدأ. ولكن في كل الأحوال فإنه بالمقابل لن تكون هناك نظرية نفسية مقبولة بشكل كامل حول الأعراض الفصامية إذا ما لم تستطع إلقاء الضوء على العمليات البيوكيماوية المفترضة.

ويتم أيضاً افتراض وجود اضطراب في وظائف النواقل –ومن الممكن إلى جانب ذلك اضطرابات في منظومة الهرمونات في الهيبوتالاموس hypothalamus–الغدة النخامية hypophysis–لحاء الكظر suprarenal gland – في الهوس Melancholia

والاكتئاب "داخلي المنشأ" (وفق التعبير الاصطلاحي الراهن الطور الاكتئابي في إطار الاضطرابات أحادية أو ثنائية القطب uni-and bipolar effective Disorders):
ففرضية الأمين الأحادي للاكتئاب Monoamine hypotheses of Depression[1] تنطلق من انخفاض نشاط المشابك المولدة للنورادرينالين و السيروتونين، مع العلم أنه لا يوجد هنا الكثير من الدلائل حول البنى الدماغية التي يمكن أن تكون مصابة هنا بشكل خاص. كما أنه مرة أخرى يصعب الفصل بوضوح فيما إذا كان هذا النشاط المنخفض للمشابك ناجم عن انخفاض تحرير النواقل أو عن تغير المستقبلات، في صورة انخفاض عددي أو قابلية منخفضة للاستجابة.

وهناك مجموعة من البراهين التي تجعل من هذه الرؤية ممكنة، بداية البرهان المتمثل في أن الرزربين Reserpine المستخدم في علاج فرط التوتر hypertonic، ويسبب إفقار النورادرينالين في الخلايا قبل المشبكية، غالباً ما يقود إلى أعراض اكتئابية؛ وثانياً اكتشاف وجود انخفاض في تركيز 5–حمض هيدروكسيل الأندول 5-hydroxyindoleactic acid (ويرمز له اختصاراً 5-HIAA)، وهو منتج لتحطيم السيروتونين، لدى مرضى الاكتئاب وبشكل خاص لدى المرضى الانتحاريين، الأمر الذي يشير إلى انخفاض في الاستقلاب الدماغي لهذه المادة. وبشكل خاص هنا فإن الأمر يشبه ثانية الحال في الفصام، إذ كانت المعرفة عن آليات تأثير الأدوية المستخدمة للعلاج هي التي قادت إلى تخمين التغيرات البيوكيماوية لدى المرضى. فاكتشاف التأثيرات المنيرة للمزاج و الرافعة للدافع لكابحات الأمين الأحادي MAO-inhibitor التي تخفض من خلال الحصار الواسع لأنزيم الأوكسيد الأميني الأحادي Mono amino oxidase[2] تهديم (تفكيك) الأمين الأحادي وبهذا ترفع من تركيزها المشبكي، قد وجه الأنظار إلى الناقل النورادرينالين والسيروتونين والدوبامين. كما أن نتائج أخرى انبثقت عن التبصر في آليات تأثير

[1] amine. الأمين: مركَّب ينتج من إحلال مجموعة أو أكثر من مجموعات الأرِيل محلّ هيدروجين النشادر.
[2] Monoamine oxidase مثبط الأمين المؤكسد. و الأكسيداز هيخميرة من مجموعة خمائر مؤكْسِدة .

مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة (من نحو الإميبرامين Imipramine، والأميتريبتيلين Amitriptyline على سبيل المثال) التي تكبح إعادة القبض قبل المشبكية (Re-up-take) للأمين الأحادي وبهذا تمنع تهدمه (تفككه). وبما أن التأثير المضاد للاكتئاب للمواد المستخدمة علاجياً لا يرتبط على ما يبدو مع قدرتها على كبح-قبض-وتحرير الدوبامين Re-up-take-inhibition، بالإضافة إلى أن حاثّات الدوبامين (محرضات الدوبامين Dopamine agonists) كالأمفيتامينات المذكورة لا تمارس أي تأثير على الأعراض الاكتئابية، فإن بناء النظرية يركز بشكل خاص على النورادرينالين والسيروتونين. إلا أنه حتى الآن لم يتم التمكن بشكل مقنع من الربط بين القصور الكبير في هذا أو ذاك الناقل وبين صفات محددة للمرض (من نحو الاكتئاب الهائج مقابل الاكتئاب المكفوف agitate versus inhibitive Depression). وبما أن الإنسان في الوقت الراهن يحقق النجاح المتزايد في تطوير كابحات قبض وتحرير Re-up-take-Inhibitors النورادرينالين و السيروتونين، فقد تتوفر لنا في القريب العاجل معارف حول العلاقة بين الصورة المرضية وكيميائيات[1] chemisms محددة. يضاف إلى ذلك في هذا السياق أن كبح القبض والتحرير Re-up-take-inhibition لمواد منطلقة (مضادات الاكتئاب الثلاثية والرباعية Tricyclic and tetracyclic antidepressants (TCAs) و بعض مجموعات المواد الأخرى المختلفة كيماوياً عن بعضها) تحقق تأثيرها في الوقت نفسه من خلال الحصار القوي إلى حد قليل أو كبير للمستقبلات الذاتية auto receptors، بحيث أن التركيز المتزايد للناقل في الشق لا يقود إلى تنظيم معاكس في العصبون القبل مشبكي.

وتنبثق إحدى أهم الصعوبات الجوهرية في فهم تأثير مضادات الاكتئاب من أن إعطاء كابحات الحمض الأميني الأحادي MAO-inhibitors يرفع مثلها مثل كابحات القبض والتحرير تركيز الناقل في المشابك العصبية بسرعة كبيرة جداً Re-up-take-inhibitors، في حين أنه حسب الخبرة يستغرق الأمر في الغالب بضع أسابيع حتى ظهور

[1] النشاط الكيميائي أو الألفة الكيميائية

التأثير الإكلينيكي. ومن هنا فقد طرحت الفرضية القائلة إنه ينبغي البحث عن التأثير العلاجي الفعلي بداية في انخفاض حساسية المستقبلات، وبشكل خاص بالنسبة للنورادرينالين، كنتيجة لارتفاع تركيز الأمين الأحادي. أما كيف يمكن التوفيق بين هذه الفرضية مع أطروحة انخفاض نشاط النواقل، فهذا ما يصعب تصوره.

بشكل عام هناك انطباع أن فرضية الأمين الأحادي للاكتئاب مازالت غير كاملة في نقاط جوهرية أو أنها تحتاج إلى تعديلات كبيرة؛ فعلى أية حال هناك كثير من الدلائل التي تؤيد فرضية: أنه ينبغي البحث عن المكافئ البيوكيماوي ثانية في مجال تنظيم النواقل و ما أشرنا إليه سابقاً عند نقاش فرضية الدوبامين في الفصام ينطبق هنا كذلك: فبرهان العمليات الكيماوية الكامنة خلف الاكتئاب لا يستبعد بأي شكل من الأشكال صلاحية التصورات النفسية المقابلة: إلا أنه عليها (أي التصورات النفسية) أن تتمكن من تفسير التغيرات المستنتجة أو المفترضة في النواقل مثل نماذج النشوء الجسدية، كنماذج النشوء الوراثية أو السمية toxic على سبيل المثال. وتظهر الدراسات التي أجريت على سبيل المثال في مجال نموذج قلة الحيلة المتعلمة والتي تمكنت من ملاحظة وجود انخفاض في مستوى النورادرينالين لدى الحيوانات "اليائسة"، كيف يمكن أن يحدث الربط بين تصورات النماذج النفسية والفرضيات البيوكيماوية الأساسية. وكذلك لن يصبح التدخل العلاجي النفسي في الاكتئابات داخلية المنشأ مفهوماً بشكل أكثر دقة إلا عندما تستطيع في الوقت نفسه إثبات وجود تغيرات بيوكيماوية وتستطيع تفسير هذا التغير بنموذج تأثيرها. غير أنه نظراً لمعارفنا حول الأساس الجسدي للأعراض الاكتئابية التي مازالت شديدة الغموض فمن المؤكد أنها تحتاج إلى مراجعات عديدة يفترض لهدف البرهان البيوكيماوي للعلاج النفسي أن يكون بعيداً جداً.

وهناك القليل من المعارف حول الأسس العضوية للهوس (الزهو)، القطب المقابل للاكتئاب؛ والمراجع الرائجة التي تتطرق في العادة بدقة كبيرة للنظريات البيولوجية لا تشير بشكل مثير للاستغراب ولا مرة إلى هذه الثغرة الملفتة للنظر. ويفترض البعض – وبهذا على ما يبدو ليس على أساس إمبيريقي معترف به– وجود فرط في نشاط

النورادرينالين لدى مثل هؤلاء المرضى؛ في حين يشير آخرون هنا بشكل متحفظ جداً ويناقشون فرط نشاط الدوبامين والسيروتونين أيضاً. ومن هنا فإن تأثير المُعقلات، التي تستخدم في العادة بنجاح لعلاج المتلازمات ذات الشكل الهوسي، قد لا يكمن عندئذ في حصار الدوبامين، وإنما كذلك في مستقبلات النورادرينالين و السيروتونين؛ وقد تم إثبات وجود هذه القرابة affinity[1] بين أنواع مختلفة من المستقبلات بالنسبة لكثير من المعقلات Neurpleptica الرائجة. ومازالت في الوقت الراهن آلية تأثير ملح الليثيوم[2] Lithium المستخدم كذلك في علاج الأطوار الهوسية و للوقاية من الدفعات الهوسية والاكتئابية غير واضحة في الوقت الراهن. والفرضية القائلة بأن هذه الأيونات Ions تؤثر بشكل موازن على المستقبلات، تمثل واحدة من عدة محاولات تفسير مصاغة بشكل متحفظ.

كما بحث المرء أيضاً في بعض صور الأعراض العصابية عن مكافئات بيوكيماوية، أكثفها كان في اضطرابات القلق، وخصوصاً تلك الأشكال من نوبات الهلع والاضطرابات القهرية. ومما يدعم هذه الرؤية -البيولوجية في جوهرها-، والتي تستند على الأسباب Etiology أيضاً وبشكل مختلف عما يتم التأكيد عليه في الفصام والاكتئاب، هو المركبات الوراثية للاضطرابات والاستجابة للأدوية النفسية. ولكن لا يمكن في هذا المقام مناقشة إلى أي مدى هذه الرؤية الأحادية مبررة؛ إلا أنه من الجدير بالاهتمام هناك مجموعة من مبادئ التفسير النفسي المصاغة. وكما أشرنا أعلاه فإنه ينبغي عدم فهم برهان التغيرات البيوكيماوية الكامنة خلف هذه الاضطرابات كدحض لنماذج المنشأ النفسي.

تظهر نوبات الهلع حسب كارلسون (Carlson,1994, P. 570) ، الذي نتبعه هنا في العرض اللاحق، بشكل أسري متكرر و يمكن أن تكون محددة في مسارها الوراثي في

---

[1] القرابة (مج): صلة بين الطوائف البيولوجية تنطوي على شبه في البِنْيَة العامة وتدلّ على وحدةِ أصلٍ.

[2] الليثيوم: عنصر فلزيّ فضيّ البياض

جين وحيد. عدا عن ذلك يلاحظ بأنه يمكن استثارة نوبات الهلع من خلال حقن ملح حامض اللبن (اللكتات lactate) ومن خلال استنشاق كمية كبيرة من الهواء المحمل بثاني أوكسيد الكربون Co_2، فالاستجابة لمثل هذه الإجراءات التحريضية نجدها تتكرر أسرياً بشكل كبير. وحسب مستوى المعرفة الراهن فإن الأساس العضوي لحالات القلق الطبيعي أم المرضي على حد سواء يتمثل في نشاط عصبوني مرتفع في التلفيف الصدغي temporal lappet و(كاستجابة توقعية anticipatory reaction) في أجزاء من الجهاز اللمبي. إلا أنه من المؤكد أنه من المضلل الاستنتاج من هذه النتائج وجود تأذي في هذه البنى الدماغية لدى مرضى الهلع بغض النظر عن منشأ وطبيعة هذه التأذيات (أنظر أدناه حول نظرية غري في القلق).

لم يكن اهتمام البحث النفسي بأمراض القلق متمركزاً كثيراً على تلك المحاولات التموضعية Localizatorical، التي قلما تتضمن أية فائدة علاجية مباشرة، بل تمحور أكثر حول ناقل عصبي، يسمى حمض الزبد[1] الأميني-غاما Gamma amino-butyric acid، (ويرمز له اختصاراً غابا GABA). وغابا يدخل كعنصر نقل في عدد كبير جداً من المناطق في الجهاز العصبي وينحصر تأثيره في الكف فقط، أي يخفض من حساسية الخلايا العصبية للنبضات المثيرة من الخلايا العصبية الأخرى. ويؤيد بعض الباحثين الفرضية القائلة إن نوبات الصرع عبارة عن نتيجة للكف العابر المضطرب لمولد غابا.

ومن الملاحظ أنه يمكن تقوية كف مولدات حمض الزبد[2] الأميني-غاما Gamma amino-butyric acid (GABAgen-Inhibition) من خلال مجموعة من المواد، من بينها البنزوديازيبين Benzodiazepine، كالديازيبام Diazepam (الاسم التجاري فاليوم Valium أو ديازيبام راتيوفارم Diazepam Retiopharm) على سبيل المثال. وعلى ما يبدو فإنه يوجد في الجيرة المكانية والوظيفية لمستقبلات غابا أيضاً مستقبلات لهذه المواد

---

[1] الحامض الزّبديّ (ك): سائل عديم اللون كريه الرائحة يتشكّل في الزبدَة الفاسدة.

[2] الحامض الزّبديّ (ك): سائل عديم اللون كريه الرائحة يتشكّل في الزبدَة الفاسدة.

الرافعة للتأثير. وقد أطلق عليها المرء تسمية مستقبلات البنزوديازيبين Benzodiazepine receptors، على الرغم من أنه لا بد من الافتراض بشكل مؤكد، أنه يمكن استثارة هذه المواد من خلال مواد مُنتَجة في العضوية نفسها. وبما أن البنزوديازيبين، غالباً وبالتوليف مع الإجراءات العلاجية النفسانية، قد أثبت فاعليته في علاج المخاوف، فقد تم الافتراض أن أساسها يرجع إلى وجود اضطراب في مستقبلات البنزوديازيبين مع انخفاض ناجم في كف مولدات غابا . وقد قدمت تجارب الحيوان كتجارب مارتشينسكي وأوربانسيك ((Marczyski & Urbancic,1988 (مقتبس عن كارلسون Carlson,1994,P. 572) نوع من البرهان لهذه الفرضية: فعندما تم إعطاء القطط في أثناء فترة الحمل ديازيبام –وهو ما يفترض له أن يقود على شكل تنظيم معاكس لتقليل الحساسية لهذه المادة على مستوى المستقبلات– كان أولادها أكثر توتراً وأكثر خوافاً؛ كما تم إثبات وجود انخفاض في مستقبلات البنزوديازيبين في أقسام مختلفة من الدماغ لدى هذه الحيوانات. إلا أنه لا يمكن في الوقت الراهن الجزم في أن نظرية العدد المنخفض أو تفاعل reactivity مستقبلات البنزوديازيبين مع التقييد الناجم عن ذلك لآليات كف مولدات غابا تفسر بشكل باعث على الرضا تشكّل استجابات القلق. وعلى أية حال فقد تقدم لنا هذه الفرضية نماذجاً حول ماهية الطرق التي يمكن من خلالها تحقيق التأثير العلاجي النفساني لمتلازمات محددة من القلق.

كما يوجد منطلق آخر قد يكون مختلفاً كلية تمتلكه كذلك محاصرات مستقبلات بيتا المستخدمة في علاج القلق. ووفق مستوى المعرفة الراهن فإن تأثير هذه المواد ليس مركزياً بشكل أساسي، وإنما من خلال إضعاف استجابة القلق المحيطية peripheral، أي إضعاف خفقان القلب tachycardia المرافق، وبهذا فهي تكسر الحلقة المفرغة circulus vitiosus لإدراك أعراض القلق. وهنا لا بد من نقاش إلى أي حد يمكن فيه صياغة تأثيرات بعض التدخلات النفسية (من نحو الإرجاع الحيوي أو الاسترخاء العضلي المتصاعد) في أعراض القلق في نموذج تأثير مشابه.

ولابد في سياق الأسس البيولوجية للقلق الإشارة بشكل مختصر لنموذج غري في

القلق Gray-Anxiety-Symptomatic، الذي لا يعزو هذه الانفعالات كثيراً إلى مستوى المشابك العصبية و منظومات النواقل، وإنما إلى بنى الدماغ القابلة للتمييز تشريحياً- بشكل ملموس (ماكروسكوبياً[1]) macroscopic-anatomic عن البنى الدماغية الأشمل.

وتحتل مركز نظرية غري Gray في القلق فرضية "منظومة الكف السلوكي behavioral inhibition system"، التي يفترض لها أن تكون قادرة على مقارنة المثيرات الحادثة مع المثيرات المعاشة باكراً وتوقع المخارج الممكنة للموقف من الخبرات المعمولة. فإذا ما أحدث مثير ما توقع مخرج غير مرغوب، تقوم هذه المنظومة عندئذ بحصار أنماط السلوك المتيسرة وتقود إلى استعداد متزايد للتصرف وارتفاع في الانتباه لمثيرات المحيط. وبشكل مبسط يتعلق تشكيل هذه المنظومة بالعوامل الوراثية من جهة وبمعطيات المحيط من ناحية أخرى، وذلك من خلال قيام خبرات التعلم بتقديم المعلومات اللازمة للمقارنات القائمة. ويفترض غري Gray أن تموضع هذه المنظومة الفرضية هو في البنى التابعة للجهاز اللمبي، وبشكل خاص الجدار الفاصل septum ومنطقة تلفيف حصان البحر (قرن آمون hippocampus)؛ كما تلعب بنى دماغية أخرى دوراً مهماً -كما أشار سترانغه (Strange,1992) على سبيل المثال إكمالاً لغري-، المرتبطة تشريحياً ووظيفياً بشكل وثيق مع البنية المذكورة، من نحو تلفيقة نظير تلفيف حصان البحر (نظير قرن آمون (Gyrus Para hippocampalis، أجزاء من اللحاء الصدغي temporal cortex واللوزة amygdale. وكذلك يبدو أن ما يسمى المادة الرمادية[2] peri aqua ductule Gray (خلايا عصبونية بالقرب من معبر الارتباط من التجويف الثالث إلى التجويف الرابع from III. To IV. Ventricle في الدماغ الأوسط- وتسمى كذلك central gray) يمتلك نوع من الأهمية بالنسبة لنشوء القلق. ويأخذ المرء الدلائل على هذه

[1] عِيانِيّ: يُرى بالعين المجرَّدة

[2] المادة الرمادية (بالإنجليزية: Grey matter) هي أحد العناصر الأساسية في الجهاز العصبي المركزي تتكون من أجسام خلايا عصبية و إسفنجات العصبونات (بالإنجليزية: neuropil) (تغصنات ومحاور عصبية ميالينية ومحاور عصبية عديمة الميالين) وخلايا دبقية وشعيرات دموية.(الموسوعة)

الفرضية من محاولات الاستثارات أو التحفيزات الكهربائية لأجزاء دماغية، حيث حرضت فيها استثارة البنى المذكورة استجابات قلق، ومن خلال برهان تزايد التروية الدماغية أو تنشيط الاستقلاب في إطار حالات القلق.

فأمراض القلق ترجع حسب غري Gray إلى فرط نشاط منظومة الكف السلوكي؛ ويمكن أن تساعد استجابات فيزيولوجية ما، ظاهرة الآن ومدركة من الفرد، كمثيرات مباشرة لحالة القلق.

وقد قام باحثون مؤخراً بعزو نمو الأعراض العصابية القهرية بشكل متزايد إلى محددات وراثية genetically Determinants أو لأضرار دماغية خارجية المنشأ exogene، كنتيجة للأمراض الالتهابية أو الصدمات (قارن (Carlson, 1994, P. 575). فالبنى التي يتم تنشيطها في مثل هذه الأعراض أو التي تلعب دوراً في نشوئها، ليست الأجزاء المذكورة أعلاه من الجهاز اللمبي بل أكثر هي أقسام اللحاء الجبهي frontal Cortex و العقد القاعدية basal ganglion[1]؛ وكذلك تجيز الاستجابة السيئة لأعراض القهر على مضادات القلق (حالاّت القلق anxiolytica) من نوع البنزوديازيبانات الافتراض بأنه للقلق في إطار نوبات الهلع آليات أخرى مختلفة على ما يبدو عن الآليات الكامنة خلف القلق في سياق الاضطرابات القهرية. والعلاج في سياق الاضطرابات القهرية يحدث بطرق علاجية نفسية مختلفة الأنواع، وغالباً بالتوليف مع استخدام أدوية، ومراراً أيضاً بالأدوية النفسية لوحدها، على الأغلب مضادات الاكتئاب. ويبدو بشكل خاص أن كابحات إعادة قبض السيروتونين، من نحو الكلوميبرامين clomipramine على سبيل المثال، فاعلة هنا. وبناء على هذه النتائج تم طرح الفرضية القائلة إن السيروتونين يمنع التشكل المتطرف للسلوك المتجاوز من الناحية التطورية والمميز للنوع kind typical, evolutionary بحد ذاته، الذي يفترض له أن يحدد أساس التصرفات القهرية. ويقدم غري Grayتفسير مكملاً آخر في إطار نظريته المشار إليها

---

[1] عُقدة أو كتلة عصبية

أعلاه حول القلق: إذ يرى أن الأعراض القهرية ترجع إلى التنشيط القوي لمنظومة الكف السلوكية وتطابق تأميناً مفرطاً ضد الأخطار المطابقة. ويبدو أنه من غير المفيد كثيراً في إطار هذا العرض المختصر مناقشة الفرضيتان المعروضتان أعلاه، اللتان مازالتا حتى الآن غير مدعمتين إمبيريقياً واللتان تبدوان غير ناضجتين بيولوجياً بعد. وإذا كان لابد من صحتهما فهما لا تنطبقان إلا على التصرفات القهرية فقط ولكن ليس على التصورات القهرية، وعلاوة على ذلك يلاحظ أن الأفعال التصويرية البدائية primitive Schema action، التي لا تمثل الأعراض القهرية إلا جزءاً منها، تكون غنية المحتوى.

تتصف اضطرابات الضغوط التالية للصدمة Post-traumatic stress disorder ويرمز لها اختصاراً PTSD والتي يمكن أن تظهر نتيجة للصدمات النفسية الشديدة، بفرط نشاط ودي sympathetic والعودة المستمرة للصدمة (على شكل ذكريات تصويرية أو كوابيس)، وانسحاب من الأنشطة المعتادة والأعراض الاكتئابية. وقد احتلت هذه الصورة المرضية مؤخراً في المحيط الأنجلو أمريكي بشكل خاص مركز الاهتمام العلمي؛ وهنا أيضاً سرعان ما ركز المرء على المظاهر العضوية، مسترشداً بنتائج فرط النشاط الإعاشي vegetative وكذلك حقيقة أن كثير من المرضى قد حاولوا التخفيف منها بواسطة استهلاك العقاقير. و يتفق الباحثون على أن فرط الاستثارة الودية مع ارتفاع تركيز الكاتيكولامين catecholamine concentrate– ومن الممكن أيضاً في الوقت نفسه نشاط منخفض في الهيبوتالاموس[1] hypothalamus– هو صفة مهمة لصورة الاضطراب. وينظر إيفيرلي (Everly,1993) إلى أن اضطرابات الضغوط التالية للصدمة Post-traumatic stress disorder هي عبارة عن اضطراب منتظم لمستوى الاستثارة disorder of arousal ويفترض وجود أساس تشريحي فيزيولوجي لفرط النشاط في الجهاز اللمبي. وكذلك تم تخمين وجود عجز في تنظيم الأفيون داخلي المنشأ endogen Opiate regulation لدى هؤلاء المرضى، والذي لم تظهر بعد أهميته النشوئية المرضية

[1] الهايبوتلاموس: ما تحت السرير البَصَريّ، أو ما تحت المهاد.

بشكل كامل. والمهم هو فكرة أن التكرار القهري للخبرات الصادمة في الذكريات لدى هؤلاء المرضى يقود إلى إنتاج متزايد للإندورفين Endorphin، وبهذا يوازن القصور المفترض، الذي يحاول "التثبيت على الصدمة Fixation of Trauma" من خلاله التأثير بشكل معاكس على نقص الأفيون المستثار من خلال الخبرة نفسها. وتركز المساعي العلاجية على تخفيض نشاط الجهاز الودي وذلك من خلال أشكال مختلفة من طرق الاسترخاء من جهة، ومن جهة أخرى على التغلب على الذكريات المتكررة بشكل قهري للصدمة؛ ومن غير الواضح في الوقت الراهن فيما إذا كانت مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة وكابحات الأمين الأحادي MAO-inhibitor تمتلك تأثيراً نوعياً على اضطرابات الضغوط التالية للصدمة PTSD أم تؤثر على الأعراض الاكتئابية المرافقة.

الأسس البيونفسية للإدمان والألم

من المعروف أننا نتحدث عن التعلق الجسدي (الإدمان addiction)عندما يظهر ازدياد في عتبة التحمل وأعراض السحب الجسدي عند التوقف عن تناول المادة (Davison & Neale,1994, P. 286). و يصف التحمل Tolerance حقيقة أنه بعد التناول الطويل نسبياً من المادة يصبح من اللازم رفع الجرعة من أجل تحقيق التأثير نفسه. والسبب الجسدي للتحمل Tolerance يكمن على الأغلب في الاستجابة الضعيفة للأعضاء الهدف (التحمل الوظيفي functional tolerance)، من خلال تخفيض عدد المستقبلات الممكنة أو قابليتها المنخفضة للاستجابة أو كليهما. ومن الجدير بالملاحظة أن التحمل لا يظهر على الغالب إلا بالنسبة لتأثيرات قليلة للمادة المؤثرة بشكل كثير الوجوه في بعض الأحيان وأنه على ما يبدو أن مثل هذا التحمل خاص بالموقف بشكل كبير situation specific. وهكذا فإن التأثير القاتل للجرعات العالية من العقار في الاستعمال في محيط جديد يمكن تفسيره من خلال احتمال أنه قد يكون قد تم بشكل نوعي تطوير آليات تنظيم معاكس على الاستثارات الحاصلة في سياق الاستعمال، والتي (الآليات) لا تعود فاعلة تحت شروط أخرى. وعلى ما يبدو فإن أعراض السحب نتيجة تلك التغيرات التي قادت أيضاً للتحمل؛ تنتج عن آليات التنظيم المعاكس التي لا يعود

بالإمكان تعويض تأثيراتها عند غياب المادة.

وتتجلى هذه الحقائق بشكل جيد في الأفيونات Opiates بشكل خاص؛ ومن هنا فإن إدمان الأفيون يفيد بوصفه أهم نموذج للإدمان. فالأفيونات، كالمورفين Morphine المستخلص من الأفيون النقي pure opium أو دياسيتيل المورفين Diacetylmorphine (الهيروين Heroin) السهل الاستخلاص من خلال أسترة المورفين أو الأفيون التركيبي synthetically Opiate من نحو لـ -بولاميدون L-Polamidon (الميثادون Methadone) على سبيل المثال تمتلك نوعياً تأثيرات متشابهة جداً مع وجود اختلافات كبيرة في درجة التأثير: فإلى جانب التأثيرات على مركز التنفس وجهاز الهضم توجد بشكل خاص تأثيرات مسكنة analgesic ومسببة للشعور بالحيوية euphorically. ومن خلال استنتاج تأثير مضادات الأفيون opiate antagonist (من نحو النالوكسون Naloxon على سبيل المثال) من بين أمور أخرى، التي تزيل تأثير الأفيون وتسبب أعراض السحب عند الاستخدام الطويل، فقد توصل المرء إلى فرضية المستقبلات النوعية للأفيون، التي يفترض أن تتمركز عليها المواد من أجل تحقيق التأثير. وقد لفت هذا النظر إلى وجود الأفيونات داخلية المنشأ (الإندروفينات[1] و الإنكيفالينات[2]

---

[1] الإندورفين بالإنجليزية Endorphin ، وهو هرمون يتكون من سلسلة عديد الببتيد. وهو مادة موجودة في الجهاز العصبي للبشر والحيوانات. ويشكل الإندورفين وبعض المواد الكيميائية المماثلة لها أو القريبة منها والتي تدعى "بالإنسفالين" جزءاً من مجموعة كبيرة من مركّبات شبيهة بالمورفين وتسمى "أوبيويدات". وتساعد الأوبيويدات على تخفيف الآلام وتعطي شعوراً بالراحة والتحسن. ويعتقد العلماء أن الإندورفين والإنسفالين يتحكمان في قدرة الدماغ على الاستقبال والاستجابة والإحساس بالألم أو الإجهاد. ويمكن أن تشكل جزءاً من نظام تسكين الألم في الجسم. وقد اكتشف العلماء أصنافاً متعددة من الإندورفين والإنسفالين معظمها مكونة من الببتيدات، وهي سلاسل من الحموض الأمينية. ويعتبر "إندورفين ـ بيتا" من أكثر الأوبيويدات التي تمت دراستها بتوسع. ويوجد مثل هذا النوع من الإندورفين في الدماغ وفي الغدة النخامية، وهي غدة صغيرة توجد أسفل قاعدة الدماغ، حيث يمكن أن تعمل بمثابة هورمون. ويوجد إندورفين ـ بيتا وهورمون آخر وهو الهرمون الموجه لقشر الكظر ويعرف اختصارًا بـ ACTH في جزيئات أكبر في الغدة النخامية حيث تُفرز هذه الهورمونات كرد فعل أو كاستجابة منسقة من الجسم عند تعرضه للألم أو الإجهاد.

[2] نكيفالين (بالإنجليزية: enkephalin) هو خماسي الببتيد تشارك في تنظيم حس الألم في الجسم من خلال تأثيره في رفع المُسْتَوى العَتَبيّ للأَلَمَ وتَسْكينه، وينتج في الدماغ وهو من اللَجائِن (اللَجين جزيء يلتحم بجزيء آخر) الدَاخِلِيّة

Endorphins & Enkephalins) التي أصبح الآن بالإمكان برهان وجودها بشكل مباشر. ويعتقد أن قبض take up مستقبلات الأفيون في محيط المادة السنجابية periaqueductal gray، المسؤولة عن المستقبلات في الدماغ الأوسط عن التأثير بالغبطة، هو المسؤول عن التسكين (Carlson,1994, P. 585). ويفسر تحمل الأفيون من خلال تقليص reduction عدد مستقبلات الأفيون وانخفاض حساسيتها. عندئذ تكون أعراض السحب، كالتعرق الشديد والارتجاف والتشنجات، وأعراض البطن والأمعاء، ناجمة عن آليات التأثير المعاكس التعويضية للأفيون وليس عن تأثير الأفيون نفسه، وإلى جانب احتمال غياب الأفيونات داخلية المنشأ أيضاً.

وعلى الرغم من البحث المكثف فمازال هناك القليل من الوضوح حول الأسس الكيميائية للكحولية Alcoholism. ويفترض للجرعات القليلة من الكحول أن تقوي الجرعات المنخفضة من كابحات غاما GAMA-inhibitors (حمض الزبد الأميني-غاما Gamma amino-butyric acid) في مشابك معينة، الأمر الذي يفسر التأثير المخفف للقلق anxiolytic. ومن الممكن أن يكون تحرير الدوبامين وبشكل خاص في بنى الجهاز اللمبي والدماغ الأوسط هو المسؤول عن التأثير "المريح" المُعزِّز بشكل إيجابي مباشر (أنظر أيضاً أدناه الأسس البيولوجية للتعزيز).

ومن المؤكد أن التعلق الجسدي مع محاولة التأثير المعاكس على أعراض السحب من خلال التجديد المستمر للاستهلاك يلعب دوراً كبيراً في استمرار إدمان العقار dipsomania، إلا أنه لا يستطيع تفسير منشأه وبشكل خاص الانتكاس بعد السحب الناجح. ومن هنا تركز النظريات المكملة على التأثير المريح للعقاقير وتحاول بحث أسسه النفسية. وقد قادت ظاهرة الاستثارة الذاتية التفاعلية phenomenon of interactional self-stimulation عند الحيوانات التي أمكن استثارتها كهربائياً بواسطة

المَنْشَأ، أو على وجه التحديد بالإِنْدُورْفِينات، كونها دَاخِلِيّة المَنْشَأ وترتبط بمستقبلات الجسم الأفيونية، وفي عام 1975 تم اكتشاف اثنين منها، واحد يحتوي على اللوسين(لو-إنكِيفالِين) والأخر يحتوي على المِثيونين (ميت-إنكِيفالِين)، كلاهما من نتاج جين الإنكِيفالِين الطَليعي. (الموسوعة)

أقطاب كهربائية مزروعة في باحات دماغية منفردة من خلال الضغط على مفتاح، إلى معارف قد تكون مفيدة في هذا المجال. فما يسمى بمنظومة دوبامين اللب الدماغي الانتهائي mesotelencephalon Dopamine System، التي تمتد أليافها من الدماغ الأوسط (المادة السوداء substantia nigra ومقاطع الغشاء tegmentum) داخل الدماغ الانتهائي إلى مناطق القشرة cortex ومناطق الجهاز اللمبي والعقد القاعدية Basal ganglion (حزمة الدماغ الأمامي الوسطي medial Frontal brain الذي يستشهد به كثيراً في هذا السياق، هو جزء مهم من هذه المنظومة، يبدو أنها تلعب هنا دور "مركز الثواب". وعلى ما يبدو تصبح نسبة الاستثارة الذاتية مرتفعة عندما يتم غرس الأقطاب الكهربائية في أجزاء هذه المنظومة. ومن الممكن أن يبدأ تأثير بعض العقاقير على الأقل هناك، كالأمفيتامينات المنشطة نفسياً والكوكايين، التي تعمل بوصفها مضادات الدوبامين Dopamine antagonists: إن تدمير بنى معينة لمنظومة دوبامين اللب الدماغي الانتهائي mesotelencephalon Dopamine System يقود إلى أن تقوم حيوانات التجارب بإعطاء نفسها كمية أقل من هذه المواد في حالة قيامها بحقن نفسها وريدياً intravenous Self application. وكذلك يمكن توصيل التأثير "المريح" للأفيون من خلال هذه المنظومة. وعلى ما يبدو فإن الجرعات العالية من مضادات الدوبامين تزيل هذا التأثير؛ علاوة على ذلك تطلب الفئران لأنفسها الأفيون بشكل ضمن قحفيintracranial مراراً بشكل خاص عندما تصل هذه الحقنة إلى أجزاء من منظومة اللب الدماغي الانتهائي.

إن أهمية منظومات مولدات الدوبامين وبشكل خاص اللب الدماغي الانتهائي mesotelencephalon لا تقتصر بأي شكل من الأشكال كما يبدو على توصيل تأثير العقار و الاستثارة الذاتية الضمن قحفية intra cranial؛ إذا يبدو أنها تلعب بشكل عام دوراً أساسياً بالنسبة للتأثيرات المقواة للمثيرات أو –من أجل صياغة العبارة بشكل مختلف عن عبارات نظرية التعلم– بالنسبة لحصول الأحاسيس المفعمة بالمتعة. وعليه فقد وجد رولز وآخرين Rolls et. al,1974 مقتبس عن كارلسون Carlson, 1994, P. 468 ff)

أنه لدى الفئران التي حصلت على المعقلات (المقلدات العصبية Neuroleptikum)، أي محاصرات مستقبلات الدوبامين، فإن المعززات المعتادة كتقديم الطعام أو السوائل لم ترفع كالمعتاد من احتمالية ظهور السلوك. وباتجاه مشابه تشير تجارب التفضيل المشروط للمكان :Conditioned place preference فالحيوانات تلجأ عموماً وبشكل تفضيلي للمكان الذي تم فيه في السابق تقديم معززات لها على شكل طعام؛ ولكن هذا لم يكن الحال عندما كان يتم إعطائها كابحات الدوبامين Dopamine antagonisticقبل تقديم الطعام لها ,Spyraki, Fibiger & Phillips 1982)مقتبس عن Carlson, 1994, P. 468). وهنا التهمت الحيوانات ما قدم لها من طعام؛ إلا أن التأثير المعزز أو الممتع ظل مفقوداً.

وهنا بعض الملاحظات المختصرة حول الأسس البيولوجية لنشوء الألم وعلاجه. كأساس لأحاسيس الألم الطبيعي يفترض المرء استثارة مستقبلات معينة في النهايات العصبية الحرة الموجودة في أماكن كثيرة من الجسد وبشكل خاص في الجلد وبعض الأعضاء الداخلية أو محيطها. المثير المكافئ هو الاحتكاك بالمواد التي يعطي وجودها إشارة على تضرر أو أذى noxious في الجسم؛ ومن هنا فإن استخدام تعبير المؤذيات (الموجعات nociceptors) وهي التسمية الشائعة المستخدمة في المراجع لمستقبلات الألم من حيث أن أحاسيس الألم ليس لها أن تتطابق بأي شكل من الأشكال مع حالة تنشيط المؤذيات أكثر من أحاسيس الألم، علاوة على كونها تتعلق بمجموعة من العوامل الأخرى (أنظر أدناه).

ويحتمل هنا أن تلعب غدة البروستا (البروستاغلاندينات prostaglandins[1]) في

[1] Prostaglandins سبب التسمية PG وهي اختصارٌ للبروستاغلاندين Prostaglandin حيث أن الباحث **فون بولار** السويدي الأصل عام 1937 اكتشف البروستاغلانيدن في السائل المنوي ، وتبين له أن له تأثيراً مقلصاً لعضلة الرحم ؛ وظناً منه أن هذا المركب مصدره غدة البروستات Prostate Gland لذلك دعاه بالبروستاغلاندين ، لكن البحوث التي تلت اكتشاف البروستاغلاندين بينت أن البروستاغلاندين متواجد في جميع أنسجة الجسم (قزحية صفيحات،. .). تبدي تأثيراً مثيراً لحس الألم Algogenic وتثير حس الألم الشديد وحس الحرقة عند حقنها في

العمليات الكيماوية الأساسية دوراً كبيراً؛ إنها ترفع حساسية نهايات الأعصاب من بينها الحساسية للهيستامين Histamine و البراديكينين Bradykinin[1]، وهي مواد تظهر باطراد متزايد كنتيجة لتضرر الخلايا. ويقوم التأثير المسكن لمادة حمض ملح الأستيل acetylsalicylic acid (الأسبرين Aspirin)، أشهر مسكن للألم، على كبح اصطناع البروستاغلاندينات prostaglandins synthesis، أي يؤثر في النهايات العصبية periphery. ويمكن تقسيم المؤذيات (الموجعات nociceptors) المنطلقة من الألياف العصبية إلى نوعين، حيث تكون المحاور العصبية الموصلة بسرعة مسؤولة على ما يبدو عن التحويل للألم "الخفيف" (الوامض) والمحاور العصبية الموصلة ببطء مسؤولة عن التحويل للألم "العميق" (المقبض) المتأخر. يتم تحويل الألياف العصبية إلى عصبونات القرن الخلفي في النخاع الشوكي للمرة الأولى، حيث يكون لما تسمى بالمادة P وظيفة ناقل مهمة. وهناك أسباب وجيهة لافتراض أن مكان هذا الارتباط المشبكي يتم تعديله انطلاقاً من بنى أعلى (نظرية-ضبط-المدخل Gate-control-theory;Melzack & Wall,1965). ومن الممكن أن تكون الألياف الصاعدة من بنى جذع الدماغ، من نواة الالتحام nucleus raphe تقريباً، إلى عصبونات القرن الخلفي وتغير من خصائصها الغشائية membraneباستمرار هي المسؤولة عن هذا. وفي هذا المكان يحدث بشكل مباشر تأثير الأفيون داخلي المنشأ الذي يتم تحريره في الدماغ بنتيجة الألم، ويقبض بشكل خاص في peri aqua ductule Grayالمذكورة في القطع السابق والتي تظهر كثافة عالية بشكل خاص من مستقبلات الأفيون. وتحول الألياف المنطلقة من هناك الاستثارات الحاثة للأفيون إلى ما يسمى نواة الالتحام nucleus raphe ومن هناك إلى عصبونات

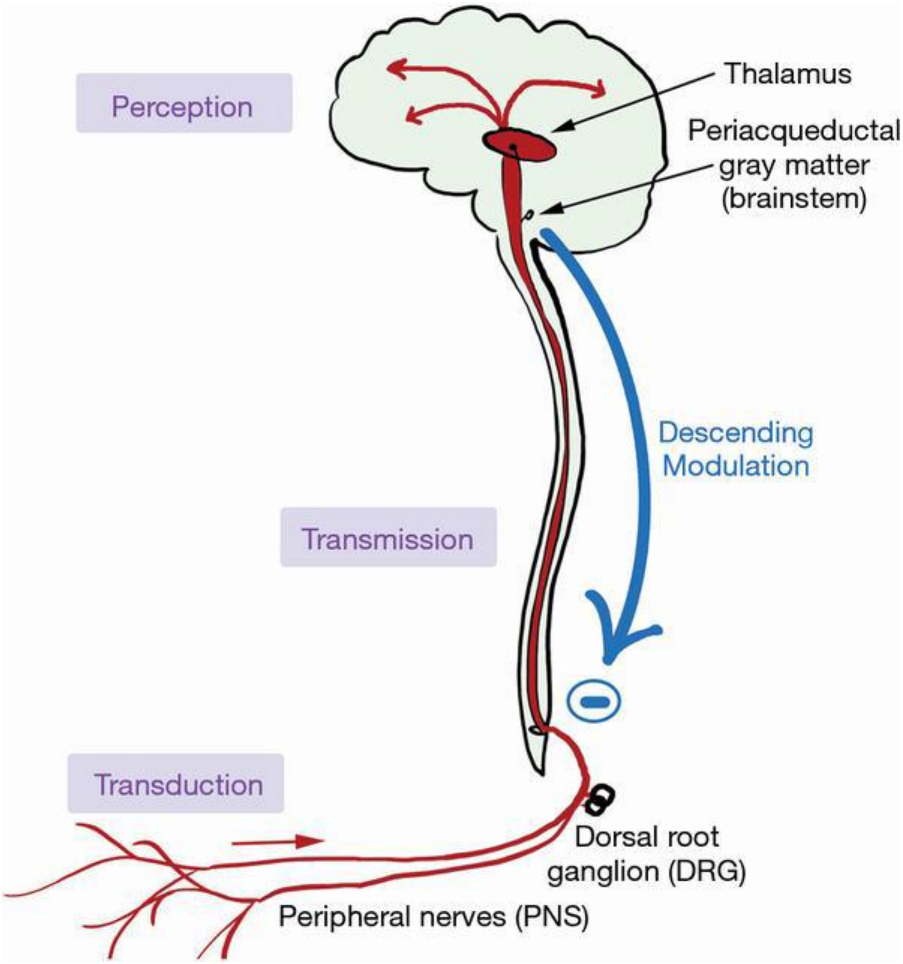
الشـرايين أو البريتوان أو عند الإنســان داخل الأدمة . كذلك فهي تســاهم في إحداث حالة الصــدمة التأقية والتعرض للضـغوط الميكانيكية والتفاعلات الالتهابية النسـيجية والتهاب المفاصـل النقرسـية والوذمة العرقية العصـبية ولدغ الأفاعي والحشرات.

[1] موسع وعائي ومقلص عضلي.

القرن الخلفي. عندئذ سوف يقود إنتاج الأفيونات داخلية المنشأ أو إعطاء الأفيونات خارجية المنشأ وفق نظرية-ضبط-المدخل Gate-control-theory إلى استمرارية تشكيل الاستثارة على المستوى الشوكي spinal (Carlson, 1994;P. 208ff). ومن الممكن أن تكون الوظيفة البيولوجية لهذا التخدير الأفيوني opiate analgesia هي تخفيض الألم في المواقف التي لا يكون فيها الهرب كاستجابة على مثيرات الألم مفيداً، في القتال أو في السلوك التزاوجي على سبيل المثال، حيث يفترض تخفيض الحساسية للألم ولكن ليس الأحاسيس اللمسية. ويمكن كذلك تفسير التأثير المعروف للبلاسيبو من خلال تأثير الأفيونات داخلية المنشأ التي تتحرر عند تنشيط مراكز قشرية محددة، التي تظهر ارتباطات مع المادة الرمادية peri aqua ductule Gray. ويمكن اعتبار النتائج القائلة إن تأثير البلاسيبو لا يظهر بعد إعطاء النالوكسون المضاد للأفيون Opiate antagonist Naloxan دعماً لهذه الفرضية.

وتنعطف الألياف العصبية الصاعدة ascending من القرن الخلفي إلى الجهة المقابلة مباشرة وتسير على خط المقدمة نحو التالاموس Thalamus، الذي يمثل محطة وسطى مهمة على الطريق نحو المراكز الحسية الجسدية لمحيط القشرة الدماغية. وفي حين أنه من المتوقع أن يكون التمثل الاستعرافي لمثير الألم مرتبطاً بعمليات في هذه المنطقة الدماغية، فإنه يعتقد أن المركبات الانفعالية هي المكافئ للحوادث في بنى محددة من الجهاز اللمبي.

وتدعم العمليات الجراحية التي كانت شائعة بشكل خاص حتى عقود قليلة خلت لمرضى يعانون من ألم غير قابل للتخفيف هذه الفرضية. فعلى الرغم من أن تخريب الأجزاء المرتبطة بالجهاز اللمبي من التالاموس Thalamus يقود إلى إمكانية استمرارية



إدراك الألم إلا أنه لا يعود يشعر به على أنه مؤذ.

ولا يقود تحريض المؤذيات (الموجعات nociceptors) إلى أحاسيس ألم شديدة إلى حد قليل أو كبير فحسب وإنما إلى استجابات إعاشية مرافقة، من نحو تغيرات ضغط

الدم أو هجمات التعرق، ويثير بالإضافة إلى ذلك استجابات حركية على مستوى النخاع الشوكي المذكور أعلاه، كمنعكسات الهرب أو التوتر الانعكاسي على سبيل المثال لأجزاء منفردة من العضلات. وحسب رؤية كثير من الباحثين يمكن لهذا الارتفاع للتوتر العضلي أن يقود ثانية من خلال نقص تروية العضلات وتحرير ما يسمى الكينين Quinine (وهي مادة قابضة) لتحريض مؤذيات (مؤلمات nociceptors) أخرى وبالتالي لنمو حلقة مفرغة. ويمكن للخصوصية الفيزيونفسية لدى بعض الأشخاص في الاستجابة للمرهقات stressors من مختلف الأنواع بالتوتر العضلي بشكل خاص أن تؤثر هنا بشكل مزيد للسوء. وعلى هذا المستوى من الألم "العضلي المنشأ myogenic" بالتحديد تحاول الأساليب الفيزيونفسية في علاج الألم العمل، كالاسترخاء العضلي التصاعدي (مع أو بدون تغذية حيوية راجعة).

ويستنتج مما قيل أعلاه بشكل مباشرة بأن استثارة المؤلِمات من خلال تضرر الخلايا الأصلي وأحاسيس الألم المرافقة لا ترتبط بأفضل الأحوال إلا بعلاقة غامضة جداً. فتعديل توجيه المثير وتمثله من خلال المراكز الأعلى والاستجابات المحيطية peripheral مع تأذيات أخرى ممكنة تجعل مثل هذا التصنيف البسيط غير ممكن على الإطلاق. ولابد من النظر لنماذج إزمانية الألم chronification of Pain [أن يصبح الألم مزمناً]، بالشكل الذي نوقشت فيه على سبيل المثال من قبل بروم وديسميدت Bromm & Desmedt,1995 ومبادئ التدخل مختلفة الأنواع، من منظور الارتباطات المركبة والتي تم عرضها هنا بشكل مبسط جداً.

الأسس الفيزيونفسية للتدخلات الطبية السلوكية psycho physiological basics of behavior medical Interventions

كما أشرنا في المدخل سوف نتناول هذه الفقرة بشكل مختصر ذلك أن العرض الدقيق يتطلب التعرض لصور الأمراض النوعية. لهذا سنكتفي ببعض الإشارات والتنويه لبعض المراجع.

تحدث التأثيرات الطبية السلوكية في جزء منها على المستوى الاستعرافي و في جزء آخر منها على مستوى السلوك، كتحسين المطاوعة Compliance[1] على سبيل المثال، وإلى جانب ذلك أيضاً وبشكل أكبر على مستوى الاستجابات الإعاشية vegetative Reaction. ونشير هنا بشكل خاص إلى أساليب التغذية الراجعة الحيوية Biofeedback، التي تحاول إحداث تعديل في المتغيرات الفيزيونفسية بالطرق الاستثابية (الإجرائية) operant Ways. لقد أثبتت تجارب الحيوان لميللر Miller و مساعديه منذ عام 1978 أنه يمكن تعديل المتغيرات الإعاشية من خلال إجراءات التعزيز، ولكن فيما إذا كانت التعديلات الفيزيولوجية المستثارة من خلال التغذية الحيوية الراجعة لدى الإنسان ناجمة بالفعل عن أن إرجاع التعديلات الناجحة قد أثر بوصفه تعزيزا إيجابياً وبالتالي فهو يثبت الاستجابة الملائمة، كما افترض لفترة طويلة كنموذج تأثير، فإن الأمر يحتاج إلى نقاش. كذلك تبدو الفرضية القائلة إنه يتم في مواقف التغذية الحيوية الراجعة تنمية الاسترخاء بالدرجة الأولى الذي يؤثر في المتغيرات الإعاشية المختلفة من بينها المتغيرات التي يسعى إلى تعديلها، معقولة. ويؤيد هذه الفرضية أن الأساليب الاسترخائية العامة، من نحو الاسترخاء العضلي التصاعدي على سبيل المثال توازي في تأثيرها فيما يتعلق بهذا الأمر على الأقل العلاج بالتغذية الراجعة الحيوية. وعلى أية حال فإن نجاحات دراسات التغذية الحيوية الراجعة المكلفة جداً لا تبرر على الإطلاق التحمس الزائد euphoria الذي حظيت به هذه الطريقة في البداية (راجع حول هذه الأمر Koehler,1995 صفحة 92 وما بعد حول فاعلية مثل هذه الأساليب في علاج ارتفاع ضغط الدم). وفي السياق الطبي السلوكي يبدو أن أهم من تأثيرها المباشر هو تحسين قياس بعض المعطيات الجسدية، وبشكل خاص أعراض المرض، من أجل التمكن من علاجها بشكل فاعل وفي وقت مبكر. ولم يكن تحرك مسألة الاستنباه الباطني interoception، أي إدراك الحالات والحوادث الجسدية الداخلية، بشكل مطرد

[1] إتباع المريض للتعليمات الطبية

نحو مركز الاهتمام البحثي في السنوات الأخيرة بلا سبب. وبما أنه مهم جداً بالنسبة لبناء النظرية السيكوسوماتية في الوقت الراهن فإننا سوف نتعرض باختصار لتصور الاستجابات النوعية الفردية. ويستند هذا النموذج على عدد كبير من الاستجابات الفيزيونفسية الممكنة وتنوعها عبر الأفراد والمثيرات. إنه يتضمن الفرضية القائلة إن الأشخاص –وبشكل مستقل نسبياً عن نوع التنشيط المعني، من خلال اختبارات الإنجاز على سبيل المثال، المواقف المرهقة انفعالياً، مثيرات الألم– يستجيبون بنمط محدد، بهرم مميز من درجات وضوح المتغيرات المنفردة. وعليه يمكن على سبيل المثال لشخص أن يُظهر بتنوع موقفي واسع أشد التغيرات المرتبطة بالاستثارة stimulus contingent في متغيرات ضغط الدم، وأقل في مؤشرات النشاط الجلدي الكهربائي وأصغرها في نشاط العضلات.

وبناء على عدد كبير نتائج الدراسات يمكن الافتراض بشكل موثوق أن الاستجابات الفردية النوعية تلاحظ بالفعل بمقدار يستحق الذكر، وذلك لدى ثلث أشخاص التجربة تقريباً. وتعد الفرضية الناجمة عن ذلك مهمة ومحفزة بشكل كبير للبحث السيكوسوماتيكي والقائلة إن الأشخاص بمثل هذا النمط من الاستجابات النمطية الثابتة invariant قد طوروا بدرجة عالية من الاحتمال اضطراباً في منظومة التنشيط الأقصى. وعليه يفترض –على سبيل الذكر للفرضية الرائجة والأكثر دراسة مع بعض التحفظ– أن مفرطي التوتر hypertonic قد كانوا يستجيبون منذ البداية على المثيرات المقيتة بتغيرات واضحة بضغط الدم _وربما مستمرة لفترة طويلة)، بحيث أنه من خلال انزياح القيم الواجبة في منظومة التنظيم القلبي الوعائي ومن خلال تغيرات أساسية قد تشكل أخيراً ارتفاع ثابت في ضغط الدم. إلا أن البرهان الإمبيريقي لهذه الفرضية أصعب مما توحي به مجموعة من المراجعات المتفائلة. وبشكل خاص فإن عدد كبير من الدراسات –التي بالمناسبة لم تقد إلى نتائج موحدة– قد تم تصميمها بشكل عام عرضياً بأنه قد تمت مقارنة الأشخاص مفرطي التوتر مع أشخاص غير مفرطي التوتر. ولكن الدراسات الطولية وحدها المتزايدة العدد لحسن الحظ هي وحدها القادرة على

الاستنتاج أن ارتفاع ضغط الدم المرتبط بالموقف يسبق ارتفاع ضغط الدم الدائم ولكنه ليس عاقبته. ولا يمكن استنتاج أنها بالفعل تمتلك أهمية مرضية pathologic وليس عبارة عن عرض باكر لعملية مرضية ناجمة عن أسباب مازالت غير معروفة إلا من خلال دراسات تدخلية مع تعديلات أبكر لارتفاع ضغط الدم المرتبط بالاستثارة.

ومع كل هذه الاختلافات وعدم اليقين فإن المسألة في تصور الاستجابات النوعية الفردية للفروق الفيزيونفسية وحصول التغيرات الجسدية بمساهمة تأثير العوامل النفسية هي نظرية جديرة بالمتابعة. وهي مهمة هنا أيضاً من حيث أنها يمكن أن تظهر إمكانات التدخل النفسي في الشكاوى المطابقة (من نحو استراتيجيات مواجهة الضغوط أو أساليب الاسترخاء على سبيل المثال) من جهة ومن جهة أخرى أيضاً قد تفسر التأثيرات الجسدية (التفريقية) للأساليب العلاجية المتفرقة.

الباب الثاني

التشخيص

الأسس النظرية للعلاج النفسي

الفصل الثالث

صور الأمراض، التصنيف، التوثيق

H. J. Freyberger & R. -D. Stieglitz

مدخل

حظي التوثيق والتشخيص في السنوات العشرين الأخيرة في الطب العلم نفسي Psychological Medicineبأهمية مطردة وبشكل خاص من خلال إدخال منظومات التشخيص الإجرائية. لقد تطور تصور هذا التشخيص القائم على السمات النفسية المرضية الوصفية بشكل خاص للمجرى والزمن على خلفية "أزمة التشخيص الطبي النفسي Crises of psychiatrically Diagnostic" في ستينيات وسبعينيات القرن العشرين، التي نشأت من خلال النقد المضموني-المفاهيمي و من خلال النقد الإمبيريقي. وقد تصدرت الاتجاهات الآتية المواجهة:

1. ما يسمى بالنقد "المضاد للطب النفسي anti psychiatrically Critic، الذي مثله زاس Szasz (1962,1976) ولينغ Laing (1960-1961) ولاحقاً تم تبنيه من أجزاء من الطب النفسي الاجتماعي. وهؤلاء شككوا بالتشخيص، واعتبروه عبارة عن تلقيب للسلوك المنحرف، وهو ما يعتبر آلية من الضبط الاجتماعي في سياق مجتمعي ما.
2. النقد التحليلي النفساني ، حيث أظهر أن التشخيص (الطبي النفسي) غير مناسب، لأنه لا يقيس السمات البنيوية ذات العلاقة بشكل كاف، ويتجه اتجاهًا "مادياً سطحياً" أعراضياً symptomatological، ولا يبرهن بالنسبة للعملية

العلاجية على أهمية كبيرة (Menninger, 1984;Schneider & Freyberger,1990,1994).

3. النقد الطبي النفسي حيث اتجه –على امتداد النقاش حول التصورات البيولوجية والأساليب العلاجية– باطراد نحو ضرورة طرح المؤشرات (الفاعلية) القائمة على التشخيص وبشكل خاص بالنسبة لمبادئ العلاج الدوائي النفسي (Emrich & Hippius,1984, Kendell,1978).

ومن خلال مجموعة من الدراسات التشخيصية المتعددة المراكز التي أجريت بشكل خاص في المحيط الأنجلو أمريكي (من بينها .Cooper et al. , 1972; Wing et al 1967,) تطورت في هذه السنوات أيضاً خلافات إمبيريقة مطردة، تجلت في مجالات أخرى بمقدار منخفض بشكل مرعب من الاتفاق التشخيصي بين المستشفيات التي تقوم بالتشخيص بشكل مستقل عن بعضها البعض. وهنا أصبح تطابق الفاحصين (interrater-Reliability) يعد في البداية شرطاً أساسياً، وبشكل خاص معيار للصدق سهل الاختبار.

وقد عزا كل من سبتسر وفلايس (Spitzer & Fleiss,1974) في تحليل في مجال الاضطرابات العصابية واضطرابات الشخصية بشكل خاص قيم التطابق غير الكافية إلى المصادر المختلفة للمتغيرات، التي تنطبق سواء على العملية التشخيصية أم على سمات المشخص على حد سواء (Stieglitz & Fryberger,1996):

1. تباين الموضوع Subject variance، أي فحص المريض في وقتين مختلفين كان المريض فيهما في حالات مختلفة من المرض.
2. تباين الموقف Situation variance، أي فحص المريض في موعدين مختلفين يكون فيهما طورين أو مرحلتين مختلفتين من الاضطراب،
3. تباين المعلومات Information variance، أي توفر معلومات مختلفة حول المريض ومرضه للفاحصين المختلفين.

4. تباين الملاحظة Observation variance، أي يصل الفاحصون المختلفون إلى أحكام وتقويمات مختلفة حول وجود وأهمية الأعراض القائمة.

5. تباين المعايير Criterions variance، أي يستخدم الفاحصون المختلفون محكات تشخيص مختلفة لتشخيص الاضطراب نفسه.

وفي حين يرتبط المصدران الأول والثاني من التباين بتباين مجرى الاضطرابات النفسية وبالتالي لا يمكن ضبطهما بشكل كاف، فإن تخفيض مصادر التباين الأخرى كانت موضوعاً لنشاطات بحثية أخرى. وقد تم أخذ رؤية سبتسر وفلايس Spizer & Fleiss (1974) اللذان اعتبرا تباين المحكات وبمقدار أضيق تباين الملاحظة السبب الأساسي للموثوقية غير الكافية للتشخيصات Diagnostics reliability، بعين الاعتبار من خلال إدخال منظومات أو بنى التشخيص الإجرائية. وحتى تاريخ نشر الطبعات المختلفة من الآي سي دي-العاشر ICD-10 كانت منظومة الدي أس أم DSM، بما في ذلك سابقه المباشر (ما يسمى محكات سانت لويس St. -Louis-Criteria؛ قارن جدول 1) الأوسع انتشاراً و على الأقل الأكثر قبولاً في العلم (قارن Wittchen, 1994). وفي حين اتبع الدي أس أم-الرابع DSM-IV هذه التقاليد الأمريكية تقريباً ويعتبر أكثر منظومة متمحورة حول المحكات، فإن منظمة الصحة العالمية قد اتبعت في تطوير الآي سي دي-العاشر ICD-10 استراتيجية مختلفة. فقد كان اهتمام منظمة الصحة العالمية منصباً نحو تطوير مفاهيم وأدلة تشخيصية تفريقية لمجالات مختلفة من الرعاية والمناطق الجغرافية. وعليه فقد تم تطوير المختصر المدمج في الآي سي دي ICD الكلي للمجال الحكومي administrative وتم تخصيص الموجهات التشخيصية-الإكلينيكية بوصفها الصيغة الأوسع تفصيلاً للفصل الخامس للمجال العيادي.

جدول (1): عرض لتطوير منظومات التشخيص

المنظومة	المؤلفين
St. -Louis-Criteria	Feiger et al. ,1972
Research Diagnostic Criteria	Spizer et al. , 1975
DSM-III	American Psychiatric Association,1980
DSM-III-R	American Psychiatric Association,1984
ICD-10	World Health Organization
- مختصر	WHO,1992a
- موجهات إكلينيكية تشخيصية	WHO,1992b
- معايير البحث	WHO,1993a
	Dilling et al. ,1994
- primary Health Care Classification	WHO,1993b
-multiaxial System	WHO,1994
DSM-IV	American Psychiatric Association,1994

وتعد ما يسمى بمعايير البحث على سبيل المقارنة من خلال تحديداتها الإجرائية الصارمة operationalization للاضطرابات تحت أولوية تجانس العينات أقرب الأدلة قابلية للمقارنة مع الدي أس أم-الرابع DSM-IV وتفيد التشخيص في الدراسات العلمية. وبالنسبة لمجال الرعاية الصحية الأولية تم تطوير دليل بحث يتضمن إرشادات علاجية محددة إلى جانب أهم أربع وعشرين مجموعة من الاضطراب.

وبالتوازي مع هذه المنظومات التشخيصية تم تطوير أدوات القياس الموافقة لها،

والتي يمكن تقسيمها إلى قوائم مقابلة وقوائم أعراض Interview-and Checklists (قارن جدول 2). وقد أمكن من خلال أساليب المقابلة بشكل خاص التي تم فيها إعطاء أسئلة محددة لكل عرض أو محك انخفاض تباين الملاحظة بشكل كبير. وهنا تتوفر مقابلات معيره إلى مدى كبير وبدرجات مختلفة بالنسبة لمجال الاضطرابات النفسية ككل من نحو CIDIو SCAN وبالنسبة لمجموعات مختارة من الاضطرابات النفسية من نحو SIDAM وIPDE.

جدول (2): عرض لتطوير الأدوات التشخيصية (أمثلة)
المقابلات المعيرة و المبنية **Structured or Standardized Interview**
-Structured Clinical Interview for DSM-III (SCID) (Spitzer et al. ,1988) -Composite international Diagnostic interview (CIDI) (WHO,1991; Wittchen & Semler,1991) -Diagnostische Interview bei Psychischer Stoerungen (DIPS) (Maragraf et al., 1991) -International Personality Disorder Examination (IPDE) (WHO,1991) -Standardized Assessment of Personality (SAP) (Pilgrim & Mauer,1990) -Structuiertes Interview fuer die Diagnose von Demenzen (SIDAM) (Zaudig et al., 1995).
Symptom checklistsقوائم الأعراض
-Internationale Diagnosechecklisten fuer ICD-10 & DSM-III-R (IDCL) (Hiller et al. ,1995) -ICD-10-Merkmaksliste (ICDML) (Dittmann et al. ,1992) -Achener Merkmallsliste fuer Persoenlichekeisstoerungen (AMPS) (Sass et al., 1992).

كما توجد كذلك سمات تشخيصية على شكل قوائم أعراض بسيطة، إلا أن هذه الأساليب تتطلب برامج تدريب واسعة بالنسبة للمشخص الذي يريد استخدامها. وفي حين أنه يمكن تعبئة وتقويم قوائم الأعراض symptom checklists بعد الجلسة الأولى

أو مقابلات تشخيصية أو المراحل العلاجية، يتم تصميم الجلسة التشخيصية من خلال أساليب المقابلة على المستوى الأعراضي بشكل صارم.

وقد قاد هذا التطوير إلى مجموعة من النتائج المفاهيمية بالنسبة لتصنيف الاضطرابات النفسية هذا، أسهمت في تطوير منظومات التوثيق المطابقة.

مبادئ التصنيف الإجرائية في الآي سي دي ICD والدي أس أم DSM

المبادئ

اتبع التشخيص الإجرائي المحقق في الآي سي دي-العاشر ICD-10 والدي أس أم-الرابع DSM-IV في تصميمه خمسة مبادئ:

1. فيما يتعلق بالمطلب الوصفي تمت محاولة تحقيق "مبدأ لا نظري a theoretical، مقرون بالتخلي واسع المدى عن التمييز التقليدي بين العصابات والذهانات، بين حذف التصور العصابات وتصور داخلي المنشأ Neuroses- and Endogenity- Concept.

2. تم بناء تعريفات الاضطرابات وفق مبدأ متمركز على المعايير، يسترشد ببساطة بسمات المجرى والزمن التي ينبغي ملاحظتها والقابلة للتحديد. وتم إهمال السمات المركبة أو مظاهر الخبرة التي تتطلب درجة أعلى من التجريد النظري أو التفسيري. التوليفات المحددة من المعايير الناجمة عن ذلك تم تشكيلها بإتباع قواعد ارتباط بتشخيصات منفردة. كذلك أصبحت التقسيمات حسب درجات الشدة جزءاً أساسياً من هذا المبدأ من نحو الفئات التشخيصية الباقية التي يفترض لها أن تشكل تشخيصياً فئات من المرضى في منظومة هرمية متدرجة، التي لا يمكن تصنيفها ضمن اضطراب محددة.

3. ينبغي في هذه المنظومات على الأقل تحقيق مطلب أخذ تلك الفئات التشخيصية بعين الاعتبار فقط، والتي تحقق أقل حد من مطلب الموثوقية reliability

(الصدق validity). ومن أجل هذا تم إجراء دراسات واسعة لصدق المحكمين سواء بالنسبة للآي سي دي-العاشر ICD-10 أم بالنسبة للدي أس أم-الرابع DSM-IV.

4. تم إدخال مبدأ الاختلاطية co morbidity principle، الذي يفترض وجود اضطرابات عدة قابلة لتحديد وصفياً مستقلة عن بعضها. فبالنسبة للمريض الفرد يفترض أن يتم إجراء تشخيصات بمقدار ما يكون ضرورياً من أجل التحديد الكامل لكل الأعراض. وتشدداً في إتباع وجهات النظر الوصفية تم التخلي عن جمع أعراض متنوعة تحت تشخيص مركب وحيد. التشخيص الأساسي هنا هو التشخيص الذي يحمل أكبر أهمية إكلينيكية راهنة.

5. وعلى أساس من ضرورة شمولية مظاهر غير أعراضية symptomatic تم تأسيس مبدأ التشخيص متعدد المحاور. ووفقاً لذلك فقد تم على محاور تشخيصية منفصلة بناء مظاهر على الأغلب ذات أهمية بالنسبة للأسباب والمنشأ المرضي والعلاج والمجرى والتنبؤ.

العواقب بالنسبة للتصنيف

كانت العاقبة الأساسية بالنسبة لتصنيف الاضطرابات النفسية هي التمييز بين الفئات التشخيصية التقليدية أو تفتيتها وفقاً للأعراض الأساسية. وكمثال على التصورات المختلفة إلى حد ما للآي سي دي-العاشر ICD-10 والدي أس أم-الرابع DSM-IV سنناقش التغيرات في بعض الفئات العصابية للآي سي دي-التاسع ICD-9.

كما يظهر من جدول (3) تم استبدال الفئة الرئيسية اضطرابات قلق أخرى في الآي سي دي-العاشر ICD-10 بعصابات القلق في الآي سي دي-التاسع ICD-9. وقد تم هنا التمييز بشكل أساسي بين اضطرابات الهلع (القلق الظاهر بشكل دوري، والقلق المفاجئ paroxysmal) وبين اضطرابات الهلع المعمم، التي تشمل متلازمات القلق المستمر. وضمن الوظيفية التفريعية لأفكار الاختلاطية نجد في الآي سي دي-العاشر

ICD-10 فئتان مما يسمى بالفئات المختلطة فقط، التي يفترض لها أن تعكس اضطرابات يظهر فيها القلق بالتوازي مع أعراض مرافقة أخرى ويكون موجوداً بنفس الوزن الأعراضي وبدون أن تحقق محكات اضطراب القلق الباقية. والهدف من هذا هو أن يتم تحديد صور من الشكاوى شبه الإكلينيكية sub clinical التي يفترض لها أن تلعب دوراً في الرعاية الصحية الأولي.

وكما يظهر تقسيم الرهابات Phobias فقد تم في الآي سي دي-العاشر ICD-10 منح أولوية تشخيصية لرهابات الأماكن العامة واضطرابات القلق الأخرى الأوسع من الناحية المفاهيمية مقابل التصور التقليدي، على اضطرابات الهلع، التي أخضعت لمؤشر الشدة وينبغي ألا يتم تشخيصها إلا في غياب الأعراض الرهابية. بالمقابل فإن الدي أس أم-الرابع DSM-IV قد اعتبر اضطرابات الهلع panic disorders أولية Primary وصنف ضمنها اضطرابا ت القلق الأخرى.

وهناك فرق جوهري يكمن في تمايز العصاب الهستيري. ففي حين أن الآي سي دي-العاشر ICD-10 قد صنف هذه الفئة بشكل أساسي في مجموعة الاضطرابات التفككية dissociate Disorders، فإن الدي أس أم-الرابع DSM-IV قد وضع الاضطرابات العصبية الكاذبة pseudo neurological Disorders لهذه الفئة في مجموعة الاضطرابات من الشكل الجسدي somatoform Disorders. و في كلتا المنظومتين تم إضافة إلى ذلك تجميع اضطرابات التجسيد Somatization Disorders، واضطرابات المرقية (توهم المرض Hypochondriac Disorders) و الاضطرابات الوظيفية Functional Disorders، بحيث أنه قد تم في هاتين المنظومتين إعطاء النمط التفككي و النمط متعدد الأعراض poly symptomatically من العصاب الهستيري وزناً مختلفاً من منظور مفاهيمي.

وكذلك اتبعت كلتا المنظومتان تصورات مختلفة في مراجعتها للاكتئاب العصابي. ففي حين أن الدي أس أم-الرابع DSM-IV قد تمسك بالاكتئاب الأساسي Major Depression و زاد مثل الآي سي دي-العاشر ICD-10 عسر المزاج Dysthymia، فقد

ميز الآي سي دي-العاشر ICD-10 بين الأطوار الاكتئابية (المنفردة)، والاضطرابات الاكتئابية المستمرة و الانتكاسية recidivate، فتم القيام في الطور الاكتئابي والاضطراب الانتكاسي بإجراء تقسيم إضافي حسب درجة الشدة يقوم على عدد الأعراض الموجودة.

وهناك تحديدات تصنيفية أخرى مهمة بالنسبة للطب العلم نفسي psychological Medicineو العلاج النفساني Psychotherapy تقوم بشكل خاص على تقويم اضطرابات الشخصية المتضمنة في المنظومات الإجرائية. فمن خلال محكات التشخيص البدئية الأقل تقييداً يتم هنا تحديد الشذوذات السلوكية الجوهرية الثابتة، تلك التي تحتل في هذه الأثناء أهمية مركزية في أبحاث المجرى. فعلى الأقل في البحث الطبي النفسي بشكل خاص تعطى اضطرابات الشخصية في سياق مبدأ الاختلاطية أهمية، ذلك أنه هناك غالباً ما تتم معالجة مرضى باضطرابات مختلطة في الشخصية.

وتقود هذه التجزئة للفئات التشخيصية التقليدية إلى عدد كبير من التشخيصات المحددة بشكل أعراضيSyndromal حسب ما تظهره دراسات التطبيق وبالارتباط مع مبدأ الاختلاطية ارتفاع العدد المطروح من التشخيصات الإكلينيكية بشكل ملحوظ. ومن الزاوية الوصفية يتم السعي هنا إلى تحديد حصص الاضطرابات بشكل تفريقي من أجل بناء مظاهر ذات أهمية علاجية وتنبؤيه مع التقديرات التشخيصية بشكل أقوى مما هو الأمر حتى الآن.

جدول (3) تغيرات في تصنيف بعض الفئات التشخيصية المختارة من ICD-9 DSM-IV		
ICD-9	ICD-10	
عصاب القلق (300. 0)	F41	اضطرابات قلق أخرى
	F41. 0	اضطرابات هلع (قلق نوبي مفاجئ episodic paroxysmal Anxiety)
	F41. 1	اضطراب قلق معمم
	F41. 2	اضطراب قلق واكتئاب مختلط
	F41. 3	اضطرابات قلق مختلطة أخرى
العصاب الهستيري (300. 1)	F44	اضطرابات تفككية
	F44. 0	فجوة ذاكروية amnesia تفككية
	F44. 1	شرود تفككي dissociative Fugue
	F44. 2	سبات تفككي stupor
	F44. 3	حالات استحواذ و غشوة trance and obsession states
	F44. 4	اضطرابات حركة تفككية
	F44. 5	نوبات تشنج تفككية
	F44. 6	اضطرابات إحساس وحساسية تفككية
	F44. 7	(اضطرابات تحويلية) تفككية مختلطة

الرهاب (300. 2)	F40	اضطراب رهابي
	F40. 0	اضطراب الأماكن العامة
	F40. 00	بدون نوبات هلع
	F40. 01	مع نوبات هلع
	F40. 1	رهابات اجتماعية
	F40. 2	رهابات نوعية (منعزلة)
عصاب القهر (300. 3)	F42	اضطراب القهر
	F42. 0	أفكار قسرية غالبة أو قسر التأمل (التقليب)
	F42. 1	تصرفات قسرية غالبة
	F42. 2	أفكار قهرية و تصرفات قسرية مختلطة
الاكتئاب العصابي (300. 4)	F32	طور اكتئابي
	F32. 0	خفيف في الوقت الراهن
	F32. 1	متوسط الشدة في الوقت الراهن
	F32. 2	شديد في الوقت الراهن
	F33	اضطراب اكتئابي انتكاسي
	F34	اضطراب اكتئابي مستمر
	F34. 1	عسر المزاج Dysthymia

النويراستانيا (300. 5)	F48. 0	نويروستانيا Neurasthenia
متلازمة الاغتراب العصابية (300. 6)	F48. 1	متلازمة الاغتراب الأنا/ متلازمة اغتراب الواقع Depersonalization/Derealization Syndrome
العصاب المراقي (الهيبوكوندريا) (300. 7)	F45	اضطرابات من الشكل الجسدي somatoform Disorders
	F45. 0	اضطرابات تجسيد Somatization Disorders
	F45. 1	اضطرابات تجسيد غير متمايزة
	F45. 2	اضطراب مراقي
	F45. 3	اضطراب وظيفي مستقل من الشكل الجسدي
	F45. 4	اضطراب ألأم من الشكل الجسدي somatoform Pain Disorder

مبادئ متعددة المحاور مكملة ومتممة

مبادئ متعددة المحاور للآي سي دي-العاشر ICD-10 و الدي أس أم-الرابع DSM-IV

بالنظر لهذا التقليص لمستويات الرؤى التشخيصية إلى المستوى الأعراضي

syndromatological فقد قررت منظمة الصحة العالمية استناداًَ إلى التصورات المطابقة للدي أس أم-الثالث DSM-III ، و الدي أس أم-الثالث المعدلDSM-III-Rتطوير منظومتها الخاصة متعددة المحاور للآي سي دي-العاشر ICD-10. فعلى المحاور (Ia) و (Ib) من هذه المنظومة تم وضع الأمراض النفسية (الفصل الخامس) والأمراض الجسدية (طبقاً للفصول الأخرى من الآي سي دي-العاشر ICD-10، DIMDI) قارن جدول (4). ومن أجل قياس تقييدات الوظائف الاجتماعية النفسية بالمطابقة مع التقييم العالمي للأداء global Assessment functioning (اختصار GAF) لمقياس منظومة الدي أس أم DSM فقد قامت منظمة الصحة العالمية بتطوير مقياس تشخيص الإعاقة Disability Diagnostic Scale بالنسبة للمحور الثاني من الآي سي دي-العاشر ICD-10، يمكن من خلاله تقدير أبعاد مختلفة من كفاءات الوظائف. واستناداً إلى تصورات أبحاث أحداث الحياة Life-Event-Researches يفترض للمحور الثالث أن يشمل مشكلات/ تأثيرات إدارة الحياة المتعلقة بالمحيط و بالمواقف، المرتبطة في سياق واستمرارية الأعراض. وقد تم تشكيل هذه المشكلات/ التأثيرات من الفصل الحادي عشر (Z) XXI من الآي سي دي-العاشر ICD-10 وعنوانه "العوامل المؤثرة على الحالة الصحية و التي تقود إلى اللجوء للخدمات الصحية".

في الدي أس أم-الرابع DSM-IV تم بناء محاور مطابقة. فالمحور الثاني من الآي سي دي-العاشر ICD-10 كان يتطابق مع المحور الموجود في الدي أس أم-الثالث والثالث المعدلDSM-III and III-R كما أشرنا أعلاه، إلا أنه الآن يتطابق مع التقييم العالمي للأداء global Assessment functioning. والمحور الثالث في الآي سي دي-العاشر ICD-10 يتطابق مع تصويرة الترميز coding Schema للمشكلات الاجتماعية النفسية والمرتبطة بالمحيط في الدي أس أم-الرابع DSM-IV. وفي ملحق الدي أس أم-الرابع DSM-IV تم نشر محاور بشكل إضافي تتعلق بتشخيصات لا تتوفر حولها نتائج إمبيريقية واضحة في الوقت الراهن (مقياس وظائف الدفاع Defense Functioning Scale؛ القياس العالمي للوظيفة العلائقية Global Assessment of Relational

Functioning، مقياس تقييم الوظائف الاجتماعية والمهنية).

و الفرق المهم على ما يبدو بين كلتا المنظومتين يكمن في أن الدي أس أم-الرابع DSM-IV مثله مثل سابقيه الدي أس أم-الثالث و الثالث المعدلDSM-III and III-R قد أقر بمحور واحد لاضطرابات الشخصية، في حين يشكل هذا الاضطراب في الآي سي دي-العاشر ICD-10 محوراً مشتركاً مع الاضطرابات النفسية الأخرى.

*جدول 4: المنظومات متعددة المحاور في الآي سي دي-العاشر **ICD-10** و الدي أس أم-الرابع **DSM-IV***	
ICD-10	
المحور Ia	**تشخيص الاضطرابات النفسية وفق الآي سي دي-العاشر ICD-10 الفصل الخامس (V)**
المحور Ib	**تشخيص جسدي وفق الآي سي دي-العاشر ICD-10 (فصول أخرى)**
المحور II	**مقدار التقييدات الاجتماعية النفسية (التضررات النفسية الاجتماعية) طبقاً لمقياس منظمة الصحة العالمية** Disability Diagnostic Scale(WHO-DDS;WHO 1993c) **العناية بالذات و مواجهة مطالب الحياة اليومية** **كفاءة الوظيفة المهنية** **كفاءة الوظيفة الأسرية** **أدوار وأنشطة اجتماعية أخرى**
المحورIII	**عوامل المحيط الاجتماعي و المواجهة الفردية للحياة طبقاً للفصل**

	الحادي عشر (زد) XXI(Z) "العوامل التي تؤثر على الحالة الصحية و تقود للجوء للخدمات الصحية" في الآي سي دي- العاشر ICD-10. خبرات طفولية سلبية و مشكلات في التربية. مشكلات بالارتباط مع التعليم والتأهيل. في أشخاص المحيط المرجعي الأساسيين، بما في ذلك الظروف الأسرية. مشكلات بالارتباط مع المحيط الاجتماعي. مشكلات في ظروف السكن و الظروف المادية. مشكلات مرتبطة بالنشاط المهني و العطالة عن العمل. مشكلات في سياق ضغوطات البيئة. مشكلات في مواقف اجتماعية نفسية محددة أو قانونية. مشكلات مع الأمراض أو الإعاقات في تاريخ الأسرة. مشكلات إدارة الحياة. مشكلات في مواجهة الحياة.
DSM-IV	
المحورI	اضطرابات اجتماعية نفسية، صور أخرى ذات أهمية إكلينيكية.
المحورII	اضطرابات الشخصية، انخفاض الذكاء،
المحورIII	اضطرابات جسدية،
المحورIV	مشكلات اجتماعية نفسية و مشكلات مرتبطة بالمحيط (مع

	مجموعة الإطار المرجعي الأساسية، في المحيط الاجتماعي، التربية، المهنة، الوضع السكني، المالي، اليسر الصحي (القدرة على الاستفادة من الخدمات الصحية)، مشكلات قانونية، أخرى).
المحور V	**التقييم الوظيفي العالمي** global Assessment functioning(GAF-Scale)
اختياري optional	**مقياس لقياس مستوى الدفاع.** **مقياس القياس العالمي للوظيفة العلائقية** Global Assessment of Relational Functioning Scale (GARF-Scale). **مقياس تقييم الوظائف الاجتماعية والمهنية** Social and Occupational Functioning Assessment Scale، (SOFAS).

مبادئ مكملة متعددة المحاور وتصور

مجموعة عمل "التشخيص السيكوديناميي الإجرائي"

إلى جانب المبادئ متعددة المحاور للآي سي دي-العاشر ICD-10 و الدي أس أم-الرابع DSM-IV تم نشر العديد من التصورات الأخرى. فقد اقترح شلوسر وآخرين Schluesser et al. (1990) منظومة تستمل على سبعة محاور (قارن جدول 5)، متمحورة بشكل أقوى حول البناءات السيكودينامية psycho dynamical Constructs. ويشير شتيغلتز و شلوسر Stieglitz & Schluesser (1995) و ميتسش وشمولكه Mezzich & Schmolke (1995) إلى مجموعة من الأساليب الأخرى ذات توجه سيكوديناميكي قوي والتي سيتم التطرق لها بشكل أكثر تفصيلاً في فصل التشخيص السيكوديناميكي. ومن أجل التعبير عن الخصوصيات الخاصة بالثقافة قام كل من ميتسش و غوود Mezzich & Good بتطوير منظومة ذات خمس محاور، تتيح إجراء تقدير متعدد المحاور

قابل للمقارنة عالمياً. (قارن جدول 5).

جدول 5 مبادئ متعددة المحاور مكملة		
الباحثين	المحاور	
Schluesser et al. ,1990	**المحور I**	**الاضطرابات النفسية.**
	المحور II	**اضطرابات وسمات الشخصية.**
	المحور III	**الأمراض الجسدية.**
	المحور IV	**شدة المرهقات الاجتماعية النفسية.**
	المحور V	**الكفاءة الوظيفية المهنية.**
	المحور VI	**الاتصالات الاجتماعية.**
	المحور VII	**درجات علاقة الموضوع وفق كبنبيرغ** Kernberg
Mezzich & Good,1998	**المحور I**	**الهوية الثقافية للمريض**
	المحور II	**نمط تفسير الاضطراب المتعلق بالثقافة.**
	المحور III	**العوامل الثقافية المهمة بالنسبة للمحيط الاجتماعي النفسي و كفاءات الوظائف.**
	المحور IV	**الخصوصيات البين ثقافية لعلاقة الطبيب-المريض.**
	المحور V	**التقدير الكلي.**

واقترحت مجموعة من الباحثين مبادئ لتقدير نوعية الحياة Quality of Life

(Bech,1990; Cooper,1990;Kastrup,1990)، والتي تمت مراعاتها كذلك في المبادئ متعددة المحاور.

في المحيط الناطق بالألمانية ترسخت مجموعة العمل "التشخيص السيكودينامي الإجرائي" Operationalize Psychodynamic Diagnostic التي يرمز لها اختصاراً OPD وتعمل حالياً على منظومة متعددة المحاور (قارن جدول 6). وسوف يتم عرض ومناقشة المحاور السيكودينامية بالمعنى الضيق: العلاقات (المحور الثاني) ، الصراع (المحور الثالث) و البنية (المحور الرابع).

أما المحور الأول فقد تم تحديد الأبعاد المختلفة لخبرة المرض و شروط العلاج على مقياس رباعي (من الصفر=غير موجود، إلى 3 مرتفع)، الذي يعتبر ذا أهمية بالنسبة لطرح الاستطباب التفريقي differential Indication للعلاج النفسي. و قد تم تعريف الأبعاد المنفردة في دليل خاص وتحديد تقويمات الشدة مع أمثلة. وقد تم التفريق هنا بين المتغيرات التي يمكن تصنيفها ضمن درجة شدة المرض الموجود و بين ضغط المعاناة و خبرة الألم و الموارد الاجتماعية النفسية.

جدول 6: المنظومة متعددة المحاور لمجموعة العمل "التشخيص السيكودينامي الإجرائي"

المحور	خبرة المرض و شروط المعالجة
I	▪ **درجة شدة الفحص النفسي أم الجسمي، ضغط المعاناة أو خبرة الشكاوى:** **-تضرر خبرة الذات** **-تضرر الجسد** **-المكسب المرضي الثانوي** **-مقبولية (مناسبة أو تناسب)التضرر الذاتي**

	-التوقعات العلاجية و الاستعداد للاستفادة من الخدمات الطبية -كفاءة الاستبصار للسياقات (العلاقات) الديناميكية النفسية أو النفسية الجسدية -تقدير شكل العلاج الملائم (علاج نفسي، علاج جسمي) -الدافعية للعلاج -الدافعية للعلاج الجسدي -المطاوعة Compliance ▪ الموارد: -الاندماج الاجتماعي النفسي -الموارد الشخصية (القابلية للإرهاق) -الدعم الاجتماعي
المحور II	العلاقات
المحور III	الصراع
المحور IV	البنية
المحور V	التشخيص الأعراضي حسب الآي سي دي-العاشر ICD-10
المحور Va	-الاضطرابات النفسية (الفصل الخامس ICD-10) -اضطرابات الشخصية (الفئات F60 و F61 من ICD-10) -الأمراض الجسدية (فصول أخرى من ICD-10)
المحور Vb	

المحور Vc	

و بالمحور الخامس تم تحديد التشخيص الإجرائي في المنظومة وفق الآي سي دي-العاشر ICD-10. وهنا تم من أجل ضمان تحقيق التوافقية مع الدي أس أم-الرابع DSM-IV تصوير الاضطرابات النفسية على المحور الخامس (أ) (Va) و اضطرابات الشخصية على المحور الخامس (ب) (Vb). و تم بالنسبة للاضطرابات النفسية الجسدية بالمعنى الضيق تطوير مفتاح تشخيص مكمل بالنسبة للآي سي دي-العاشر ICD-10، الفئة F54 (عوامل نفسية و تأثيرات سلوكية في أمراض مصنفة في مكان آخر)، اشتملت على مظاهر أعراضية و بيانات ذات أهمية بالنسبة للمجرى (قارن جدول 7). وبهذا يكون قد تم الأخذ بعين الاعتبار أن العدد الأكبر من الاضطرابات النفسية الجسدية قد تم تصنيفه في الفصول الأخرى من الآي سي دي-العاشر ICD-10 و أنه داخل الفصل الخامس يتم العمل فقط مع الفئات التي لم يتم تحديدها في هذه الفئات.

<table>
<tr><td>جدول 7:فئات فرعية لـ ICD-10 الفئة F45 التأثيرات النفسية والسلوكية في أمراض مصنفة في مكان آخر (اضطرابات نفسية جسدية) على التشخيص السيكودينامي الإجرائي"OPD المحور V</td></tr>
<tr><td>الاستخدام</td></tr>
<tr><td>ينبغي استخدام هذه الفئة F54 من أجل تحديد التأثيرات النفسية و السلوكية التي تلعب دوراً جوهرياً في نشوء (أو في مجرى) الأمراض الجسدية، والمصنفة في فصول أخرى من ICD-10. وغالباً ما تكون هذه الاضطرابات النفسية غير نوعية و مستمرة منذ زمن بعيد (كالهم، الصراعات الانفعالية، التوقعات القلقية... الخ)، ولا تبرر التصنيف في واحدة من الاضطرابات الأخرى في الفصل الخامس. و ينبغي استخدام ترميز إضافي لوصف الاضطراب الجسدي. (في الحالات النادرة، التي يعتقد أن الاضطرابات النفسية تمثل فيها سبباً لاضطراب جسدي، لابد من إعطاء ترميز ثان إضافي للاضطراب النفسي.</td></tr>
<tr><td>أمثلة لاستخدام هذه الفئة
- السمنة (adiposities(F54. xx and E66
- الربو الشعبي (asthma bronchial(F54. xx and J45
- التهاب الجلد dermatitis والحساسية (F54. xx and L23- Eczema .F54) L25)
- الشَّرَى (طَفْح جلديّ ذو بثور حكّاكة urticaria) (F54. xx and L50)
- القرحة المعدية (ulcerous ventriculus (F54. xx and K25
- قرحة الاثني عشري ulcerous duodenum (F54. xx and K26)
- قرحة هضمية (ulcerous pepticum (F54. xx and K27
- التهاب غشاء المعدة gastritis و الاثني عشري (F54. xx and K29)
- التهاب غشاء القولون المخاطيcolitis mucosa (F54. xx and K58)
- تقرح القولون colitis ulcerous (F54. xx and K51)</td></tr>
</table>

- تهيج القولون colon irritable (F54. xx and K58)
- فرط التوتر الأساسي essentially hypertonic(F54. xx and H10)
- نقص التوتر hypotonic(F54. xx and I95)
- الإغماء syncope و الانهيار collapse (F54. xx and R55)
- الصَّعَرُ(داء في الرقبة يتعذَّر معه الالتفات) torticollis spastic (F54. xx and G24. 3)
- التصلب المتعدد multiple scleroses(F54. xx and G35)
- الشقيقة migraine (F54. xx and G43. x)
- صداعات أخرى (F54. xx and G44. x)
- آلام الظهر (F54. xx and M45)
- طنين الأذن tinnitus (F54. xx and H93. 1)
- المتلازمة قبل الطمثية (F54. xx and N94. 3)
- عسر الطمث الأساسي و الثانوي dysmenorrheal (F54. xx and N94. 4 or N95. 5)
- اضطرابات في سياق سن المرحلة الحرجة[1] menopause (F54. xx and N95. 1)

التمييز	
بالمرتبة الرابعة يتم تمييز الأعراض النفسية	
F54. 0x	أعراض غالبة من القلق
F54. 1x	أعراض غالبة من الاكتئاب
F54. 2x	مخاوف مراقبة غالبة (توهم المرض) / أعراض

[1] ما يسمى خطأ بسن اليأس

	متمحورة حول الجسد
F54. 3x	**أعراض نفسية متعددة**
F54. 4x	**أعراض ما قبل ذهانية أو شبيهة بالنفسية**
F54. 5x	**لا توجد أعراض نفسية قابلة للتحديد**
F54. 8x	**أخرى**
F54. 9x	**غير محددة بدقة**
بالمرتبة الخامسة يتم تمييز نوع التأثير النفسي الجسدي المتبادل	
F54. x0	**عوامل نفسية جسدية تؤثر سببياً**
F54. x1	**عوامل نفسية جسدية تؤثر بشكل مثبت للمجرى**
F54. x2	**عوامل نفسية جسدية هي نتيجة للمرض**
F54. x3	**عوامل نفسية جسدية تؤثر سببياً ومثبتاً للمجرى**
F54. x4	**عوامل نفسية جسدية تؤثر سببياً وتعتبر نتيجة للمرض**
F54. x5	**عوامل نفسية جسدية تؤثر بشكل مثبت للمجرى وتعتبر نتيجة للمرض**
F54. x6	**كل مركبات التأثير ترتبط ببعضها**

التوثيق

سوف تنبثق ضرورة التوثيق في السنوات القادمة بشكل خاص في سياق النقاش حول ضمان الجودة وخصوصاً بالنظر إلى نوعية العملية و النتيجة. وهذا ينطبق أيضاً على كثافة التأهيل في العلاجي النفسي والزمن.

وبالنسبة لتوثيق النتائج التشخيصية تتوفر على مستوى منظومات التصنيف

الإجرائية إلى جانب الأدوات المختلفة المذكورة برامج كمبيوتر وبالأخص بالنسبة لأساليب المقابلة، يمكن بمساعدتها إجراء تشخيص أعراضي محوسب. ومن خلال دليل مجموعة العمل "التشخيص السيكودينامي الإجرائي" يتم بالإضافة إلى ذلك توفير مبدأ توثيق تكاملي للمحاور المختلفة مع منحنيات التوثيق الملائمة بالنسبة للممارسة الإكلينيكية و التصميمات البحثية. و بالنسبة لتحديد بيانات أخرى في إطار التوثيق الأساسي basic Documentation تم في السنوات السابقة تقديم مجموعة من المقترحات سواء بالنسبة للمجال العيادي الخارجي أم الداخلي. وسوف يتم التعرض في فصول لاحقة إلى التقويم الذاتي وتقويم الآخر المهمين بالنسبة لقياس العملية والنجاح.

وبعد أن تم في العلاج النفساني ذي التوجه العلاجي السلوكي تطوير منظومة توثيق شاملة وتقويمها (Zilke,1993)، قدمت مجموعة عمل الكوليجيوم[1] الألماني للطب النفسي الجسدي مبدأ تكاملياً مع مسرد glossary تفصيلي، والذي سيتم التطرق له باختصار في هذا السياق (أنظر جدول 8). فإلى جانب مجموعة من المتغيرات الديموغرافية[2] الاجتماعية تم توثيق بيانات تاريخحياتية منتقاة، وتشخيصات وفق الآي سي دي-التاسع ICD- 9، و بعض مؤشرات العلاج و نتائج المعالجة. وفي مؤشرات العلاج تم تحديد دافعية المريض على مقياس تقويم خارجي (تقويم الآخر) رباعي بسيط و تحديد أحجار البناء العلاجية المجراة بالتفصيل. وتم توثيق نتيجة العلاج من خلال مقياس تقويم خارجي (تقويم الآخر) خماسي.

[1] الكوليجيوم collegiums: مجلسٌ يتمتع كل عضو من أعضائه بسلطة مساوية تقريباً لسلطة الأعضاء الآخرين

[2] Demography الديموغرافيا: الدراسة الإحصائية للسكان من حيث المواليد والوفيات والصحة والزواج الخ

جدول (8): متغيرات التوثيق الأساس لمجموعة عمل الكوليجيوم[1] الألماني للطب النفسي الجسدي	
	1متحمل التكاليف
متغيرات اجتماعية ديمغرافية	2-1 جنس المريض 2-2 السن 2-3 الجنسية 2-4-1 الحالة الاجتماعية 2-4-2 الوضع المعيشي 2-4-3 الدخل 2-5 أعلى درجة تعليمية 2-6 أعلى تأهيل مهني 2-7-1 المهنة الحالية/آخر مهنة كان يمارسها 2-7-2 القدرة على العمل 2-8 المصدر الرئيس للدخل 3-1 عدم القدرة على العمل عند اللجوء للمركز 3-2 عدم القدرة على العمل في الأشهر 12 الأخيرة 3-3 تقاعد مبكر
تاريخ الحالة	4-1التاريخ المرضي (مدة الشكاوى استناداً إلى التشخيص الرئيسي) 4-2العلاجات السابقة (الإقامة في المستشفى في الأشهر 12 الأخيرة) 4-3العلاج النفساني السابق 4-4بيانات تاريخ الحالة (إدمان، محاولات انتحار)
التشخيصات	5-1 التشخيصات النفسية/الطبية النفسية (ICD-9) 5-2 التشخيصات الجسدية (ICD-9)

[1] الكوليجيوم collegiums: مجلسٌ يتمتع كل عضو من أعضائه بسلطة مساوية تقريباً لسلطة الأعضاء الآخرين

مؤشرات العلاج	6 الدافعية نحو العلاج المتوقع 7-1 مدة العلاج 7-2 نوع إنهاء العلاج 8-1 جلسات فردية مع معالجين 8-2 جلسات عيادة visit 8-3 ممرضات وممرضين (اتصالات جلسات) 8-4 برنامج علاجي خاص 8-5 إجراءات فيزيائية-استحمامية balneal (حمامات مياه معدنية) 8-6 تناول الأدوية/التخريج من المستشفى
نتيجة العلاج	9-1 نتائج العلاج الجسدي 9-2 نتائج العلاج النفساني 9-3 عدم القدرة على العمل عند التسريح من المستشفى 10 ملاحظات

نقاش و استعراض

قاد تطوير منظومات التصنيف المعيرة إجرائياً إلى إقصاء تصور المنشأ العصابي التحليلي النفساني و الطبي النفسي في الدلائل التشخيصية لكل من الدي أس أم-الثالث DSM-III والثالث المعدل DSM-III-R و الرابع DSM-IV و الآي سي دي-العاشر ICD-10 وتم إحلال رؤى وصفية للاضطرابات النفسية. ومما لا شك فيه فإن فوائد المبدأ الوصفي تكمن في الأسس المنهجية المحسنة للتشخيص، أي في تحسين الموثوقية Reliability والقابلية للتواصل في المجالات المختلفة للطب العلم نفسي والإمكانات الأكثر ملائمة لمقارنة عينات من أبحاث مختلفة مع بعضها. أما السلبيات فتكمن في التخلي عن التصورات الراسخة تقليدياً ذات القيمة الكبيرة من الناحية الإكلينيكية والعلمية والتي على ما يبدو لا يمكن إعادة دمجها في الفكر التشخيصي إلا عن طريق

مبادئ التصنيف متعددة المحاور.

وتعد مبادئ التصنيف الإجرائية مقبولة اليوم إلى مدى واسع في العالم العلمي، وتعتبر من شروط نشر الأعمال في عدد كبير من المجلات العلمية أو في قبول مشاريع البحث. ومع ذلك فهي لم تتمكن بعد من إثبات نفسها في الميدان الإكلينيكي. ويتم في كثير من الأماكن تضمينها في التشخيص الإجرائي بشكل ضمني implicit، ولا يتم استخدام الأعراض والمتلازمات المهمة بشكل مقبول بالنسبة للاستطباب indication وإجراء العلاج. وفي هذا السياق نبه فيتشن Wittchenبالنسبة للعلاج السلوكي إلى أن المفاهيم التشخيصية الجديدة تفيد بالدرجة الأولى في الوصف التقريبي لشذوذات المريض، في حين أنه ينبغي الاستعانة بتصورات أخرى في تخطيط العلاج وتنفيذه. ويبدو أن هذا ينطبق بالطريقة نفسها على العلاج النفساني ذو التوجه التحليلي النفساني . بالإضافة إلى ذلك فإن التشخيص الوصفي المرتبط بشدة بالنماذج البيولوجية-الطبية النفسية biological-psychiatrically Paradigms مرتبط بمخاطر محددة بالنسبة للعملية التشخيصية العلاجية، والتي تعد ذات أهمية كبيرة بالنسبة للعلاجات النفسية السيكودينامية. وقد تم باستمرار مناقشة المبالغة بالأعراض الواردة فيها على هذه الخلفية على حساب المتغيرات التشخيصية الأخرى من نحو الدفاع وتنظيم الشخصية والخصائص البنيوية الأخرى. وقد كانت منذ سبعينيات القرن العشرين موضوعاً لخلافات شديدة. بالإضافة إلى ذلك يتم التحذير في مجال الطب النفسي من العواقب الممكنة بالنسبة للتأهيل، التي يمكن أن تكون مرتبطة بالمبالغة في تقدير المبدأ الإجرائي من أجل تصنيف Nosology"متحرر من القيمة".

أهمية الأساليب الإجرائية

ومع ذلك فقد أظهرت عملية تطوير منظومات التصنيف الإجرائية بأن الأسس المنهجية للطب العلمنفسى قد أهملت خلال بعض العقود من السنين

بشكل منهجى، بحيث تنبثق الآن ضرورة كبيرة في استدراك تطوير واستخدام الأساليب الإجرائية. وبالنسبة للتصنيف و التوثيق في العلاج النفساني يرتبط هذا على خلفية النقاش الجاري حالياً و نوعية العملية و النتيجة ببعض العواقب. وبرأينا يحتاج الطب العلمنفسى ولعلاج النفساني إلى تشخيص متعدد المستويات ينبغى له أن يكون مرتبطاً بالشروط التالية:

1. تحديد المظاهر المرضية الأعراضية لمريض ما بمساعدة مبادئ التصنيف الإجرائية باعتبارها محوراً تشخيصياً جوهرياً.

2. توثيق فهرس أدنى Documentation of minimal catalogللسمات الديموغرافية الاجتماعية و ذات الأهمية العلاجية و والتنبؤية على سبيل المثال على أساس مقترح التوثيق الأساس لمجموعة عمل الكوليجيوم الألماني للطب النفسى الجسدي.

3. تحديد المتغيرات ذات الأهمية العلاجية والتنبؤية المحددة إجرائياً كما هو في تصور المحاور من واحد إلى خمسة في المنظومة متعددة المحاور لمجموعة عمل التشخيص السيكودينامى الإجرائى.

4. إجراء تقويم ترقيمى على الأقل (على شكل نقاط) للعمليات والمجريات العلاجية من خلال مقاييس تقويمات الذات والآخر [الطرف الثالث]، مع تضمين أبعاد الأعراض، وتقييدات الوظائف الاجتماعية النفسية أو الاندماج الاجتماعى النفسى و الدافعية للعلاج و الكفاءات البين شخصية و الوظائف.

خلاصة

♦ هدفت المساهمة الحالية إلى تحقيق هدفين. الأول تقديم عرض مختصر في أسس التشخيص بالاختبارات، بمقدار أهميتها للممارسة النفسية

العلاجية. وقد قدمنا هذا في القسمين الأول والثاني من هذا الفصل حول مفهوم الاختبار و التصنيف. إلا أنه وكما أشرنا سابقاً فإنه ليس من الممكن تقديم عرض شامل في هذا الإطار المحدود حول كل المظاهر الأساسية للتشخيص بالاختبارات النفسية. وفي الجزء الثالث حاولنا تقديم عرض مختصر لمجالين مهمين من مجالات استخدام التشخيص بالاختبارات في العلاج النفسي، أي في مجال تشخيص التأثير Indication diagnostic و قياس التعديل.

والهدف الثاني المهم كان تقديم عرض منهجي للممارس المعالج النفسي حول أساليب الاختبارات العلاجية النفسية المهمة وتسهيل اتخاذ القرار عليه باختيار الاختبار المناسب. وهذا ما التزمنا به عند عرض أساليب تقدير الذات والآخر [الطرف الثالث]. ونأمل أن تكون مساهمتنا قد أسهمت بتوضيح أهمية التشخيص بالاختبارات النفسية بالنسبة للممارسة العلاجية النفسية والاستمرار بتحسين تقبلها في هذا المجال من التطبيق. ♦

الفصل الرابع

التشخيص التحليلي النفساني

G. Schluesser

تطور التشخيص التحليلي النفساني

"دجاجة مجنونة. ثلاثة أشهر"، بهذا الاستنتاج البالغ الدقة قام سيجموند فرويد بتحويل أحد المرضى إلى أحد تلاميذه للتحليل النفساني (Roazan,1971).

وعلى الرغم من أن فرويد الذي امتلك مهارات تشخيصية جيدة جداً قد اعتبر التشخيص ضرورياً إلا أنه كان مدركاً لحدود الإمكانات التشخيصية. وكانت جلساته الأولى قصيرة و مكثفة، بدون تمهيد طويل و شكليات استطبابية indication formality. و من أجل استغلال "الحماس الأولي" كان يدخل دائماً في الموضوع مباشرة و كان يريد أن يعرف بشكل خاص فيما إذا كان:

- من الممكن تحقيق شيء ما بالتحليل النفسي،
- ضغط المعاناة موجوداً،
- يتعلق الأمر بطبيعة مثيرة للانتباه،
- المريض مؤدباً ومهذباً،
- المريض عاقلاً وموثوقاً،

- المريض لطيفاً.

فإذا ما تحققت هذه المؤشرات بشكل إيجابي كان يتم الاتفاق على علاج تجريبي لمدة أسبوعين، بعدئذ لكليهما الحق في التخلي عن مواصلة العلاج.

> ▪ "كثيراً جداً ما يتم تشخيصنا في وقت لاحق، إنه نوع من اختبار السحرة عند ملك اسكتلندا ، (الذي) كان يدعى أنه يمتلك طريقة لا تخطئ في التعرف على الساحرة. فقد كان يضعها في كيس ويسقطها في وعاء من الماء الذي يغلي، ثم يتذوق الحساء. وبعد ذلك يمكنه الحكم قائلاً: هذه كانت ساحرة،... أو هذه لم تكن. ما يشبه ذلك يوجد لدينا، إلا أن المتضرر هو نحن فقط. نحن لا نستطيع الحكم على المريض الذي يأتي إلينا للعلاج، أو المرشح الذي يأتي للتدريب، قبل أن نكون قد درسناه تحليلياً عبر عدة أسابيع أو أشهر. إننا نشتري القطة في الكيس بالفعل (Freud, Bd. 8,S. 167) .

ومن فرويد نفسه لا توجد نظرية بالمعنى الحقيقي للجلسة التشخيصية الأولى، وحتى في مرحلة ما بعد فرويد لم يصدر إلا القليل من المساهمات حول التشخيص. لقد طرح التشخيص الطبي النفسي دائماً تحديد ووصف الأعراض في مركز الصدارة، حيث كان يطمح نحو تسمية الصورة المرضية. وجاء فرويد ليؤسس رؤية جديدة: تشخيص علاقة المريض-الطبيب. فكثيراً ما تم (ويتم) من المحللين النفسيين تبني رؤية أن الأمر يتعلق هنا بحدث فريد يمتنع عن أي مدخل تشخيصي. وقد تم تبني هذا الموقف المتطرف للتفكير التحليلي النفساني من قبل مينغر Menninger (1984) على سبيل المثال الذي أنكر أي نوع من التشخيص بالنسبة لعملية اتخاذ القرار العلاجي. ومن المؤكد فإن التسجيل الخاص للأعراض كما يحدث في التشخيص المتمحور بشكل خالص حول الأعراض وفق الآي سي دي-العاشر ICD-10 و الدي أس أم-الرابع DSM-IV، لن

يكون مفيداً لاتخاذ القرار العلاجي النفسي. إلا أن التشخيص التحليلي النفساني يمتلك اليوم خلال التحديد التفريقي للنقل/النقل المضاد، وسمات الصراع والبنية أدوات واسعة تتيح إجراء تشخيص فردي شامل؛ وهو تشخيص أثبت صلاحيته من الناحية الإكلينيكية في العقود الأخيرة و يجد كذلك باطراد الدعم الإمبيريقي .

الأساليب التشخيصية التحليلية النفسية

بداية في الخمسينيات من القرن العشرين تم في الطب النفسي في الولايات المتحدة الأمريكية بتأثير من التحليل النفسي القيام بتطوير طرائقي لتصورات حول المقابلة الأولى ذات توجه ديناميكي نفسي: "المقابلة الطبية النفسية" لسوليفان (1953) Sullivan و "المقابلة الديناميكية" لغيل ونيومان وريدليش (1954) Gill,Newman & Redlich. وكانت "المقابلة التشخيصية" لكل من بالينت وبالينت M. Balint & E. Balint (1962) حاسمة ومثمرة بالنسبة للتطور اللاحق اللذان صمما في إطار أبحاثهما حول "التقنيات العلاجية النفسانية في الطب" تصويرة مقابلة تفاعلية interactional Interview Schema. وقدم آرغلاندر (1970 & 1967) Arglander تعليمات محددة لإجراء الفحص الأول التحليلي النفساني ، كما نشر دورسن (1981& 1972) Duehrssen ما يشبه ذلك تحت تسمية "دراسة الحالة البيوغرافية من منظور علم نفس أعماقي". في الأعوام 1977و1981 و 1984 طور كيرنبيرغ Kernberg" المقابلة المبنية" من أجل تأسيس التشخيص الحدودي Borderline-Diagnostic بين تشخيص العصابات وتشخيص الذهانات. ومن خلال "طريقة موضوع صراع العلاقة المركزي Method of central Relationships' conflict theme" للوبورسكي (1984) Luborsky ظهرت أخيراً الطرق الرسمية formalize للمقابلات التحليلية النفسية. و يشكل "التشخيص الدينامي النفسي الإجرائي Operationalize Psychodynamic Diagnostic" محاولة أوسع للتشخيص السيكوديناميي الذي تم تطويره من قبل مجموعة العمل التي تطلق على نفسها تسمية مجموعة "التشخيص السيكوديناميي الإجرائي" Operationalize Psychodynamic Diagnostic" (جدول 4)

جدول (4): تصورات المقابلات **INTERVIEW CONCEPTS**	
المقابلة الطبية النفسية **(Sulivan,1953**	
التعريف	**تقنية مقابلة مبنية بدرجة كبيرة، تسترشد بالتنوع الكبير للأمراض الطبية النفسية.**
الهدف	**طبيعة عملية بين شخصية** interpersonal Process Character**للجلسة. دور الطبيب النفسي كملاحظ مشارك. ملاحظة توقعات المريض من الجلسة، إدراك الانفعالات التبادلية** reciprocity **عند الطبيب والمريض.**
التقنية	**بعد طور من التحمية** Warming-Up**(البداية الرسمية** formal inception**) يتم التركيز على الكيفية التي يعيش فيها المريض ذاتياً ظروف حياته (استطلاع** Reconnaissance**)، وذلك بالربط وفق استقصاء تفصيلي بين الشكاوى والمخاوف مع ظروف الحياة و العالم الداخلي للمريض. وفي بيان ختامي** final statement **يخبر الفاحص المريض بتصوراته وأهدافه.**
المقابلة الديناميكية **(Gill,1954) Dynamical Interview**	

التعريف	**الوضع الاجتماعي النفسي المنفصل عن المعالجة الفعلية.**
الهدف	**الفاحص بوصفه مشارك مشترك** involved، **العلاقة بين المعالج و المريض كموضوع مركزي. استخدام العناصر العلاجية، دعم المريض على طريق العلاج.**
التقنية	**بناء العلاقة، المريض يقود المقابلة.**
المقابلة التشخيصية **Diagnostically Interview (M. & E. Balint,1962)**	
التعريف	**الفصل الدقيق عن الاستقصاء الطبي النفسي، يحتل مظهر العلاقة بين الفاحص والمريض مركز الصدارة كلية.**
الهدف	**تشخيص العلاقة من خلال فحص التأثير المتبادل بين الطبيب و المريض.**
التقنية	**توضيح أهداف الجلسة الأولى، بناء و المحافظة على علاقة مثمرة.**
دراسة الحالة السيكوسوماتية **psychosomatically Anamneses(Morgen & Engel,1977, Adler & Hemmler,1989)**	
التعريف	**توسيع دراسة الحالة السيكودينامية إلى**

	الأمراض النفسية الجسمية، مراعاة النموذج الاجتماعي-النفسي-البيولوجي و التشخيص متعدد المستويات السيكوسوماتية الناجمة عن ذلك.
الهدف	**تحديد فردي قدر الإمكان للأسباب الاجتماعية-النفسية-البيولوجية للمرض و العواقب مع مراعاة المظاهر السيكودينامية.**
التقنية	**يحتل مركز الصدارة المعاناة الذاتية النفسية والجسمية للمريض. مع بناء علاقة مساعدة تتحول الجلسة إلى البيوغرافيا الشخصية، و النمو والوضع الاجتماعي.**
المقابلة التحليلية النفسية **(Argelander,1967,1970)**	
التعريف	**الجلسة الأولى بوصفها "موقف تحليلي نفساني " مع مطلب تشخيصي وعلاجي.**
الهدف	**إخراج** direction **الصراعات النفسية الداخلية في "موقف جلسة غير مألوف"**
التقنية	**الاستفادة من المعلومات الموضوعية والذاتية وبشكل خاص التمثيلية** scenic
ودراسة الحالة البيوغرافية **biographical anamneses(Duehrssen, 1972,1981)**	

التعريف	المقابلة السيكودينامية بوظيفة تشخيصية غالبة.
الهدف	تحديد العوامل الاجتماعية النفسية و النفسية النمائية المهمة من حياة المريض الباكرة والراهنة .
التقنية	يعتبر المعالج كملاحظ على الأغلب، إلا أنه لا يستغل المعلومات الموضوعية فحسب بل الشخصية subjectiveأيضاً .
المقابلة المبنية **(Kernberg, 1981)**	
التعريف	المقصود بنيوياً مقابلة تتمحور حول البنية الشخصية للمفحوص، تسعى إلى دمج التشخيص التحليلي النفساني والطبي النفسي.
الهدف	تحديد الأنماط الرئيسية لتنظيم الشخصية(نمط عصابي ونمط حدودي ونمط ذهاني).
التقنية	مقابلة غير مبنية على طول خط مقابلة موجِّه (مرشد مقابلة) مع تبادل مطابق بين الاستقصاء و الحرية، التركيز على الأعراض و الصراعات و الصعوبات، عرض في هنا والآن في التفاعل مع المقابَل.

صراع العلاقة المركزي **(luborsky,1984)**	
التعريف	**تشخيص سيكودينامي رسمي** formalize **كطريقة مستقلة عن الموقف العلاجي.**
الهدف	**تحديد نمط تفاعل شخص** Subject **مكون من رغبته واستجابة الموضوع واستجابة الشخص المنبثقة عن ذلك.**
التقنية	**مقابلة معيرة يتم فيها ذكر أطوار العلاقة المهمة شخصياً عبر التفاعلات المعاشة بالفعل و تقويمها على طول الحالة الفردية أو من خلال فئات.**
المقابلة التشخيصية في لإطار التشخيص السيكودينامي الإجرائي **العمل "التشخيص السيكودينامي الإجرائي"** Operationalize Psychodynamic Diagnostic**"(OPD,1996)**	
التعريف	**مقابلة سيكودينامية غير مبنية. يحاول المرء من خلال دليل مقابلة تحديد المحور المهم عيادياً "التشخيص السيكودينامي الإجرائي".**
الهدف	**تحديد خبرة المرض ومستويات العلاقة و الصراع الممتد زمنياً و البنية النفسية. مراعاة تشخيص الآي سي دي-العاشر** ICD-10.
التقنية	**استغلال المعلومات الموضوعية والشخصية**

مع مراعاة النقل و النقل المعاكس و ينبغي تحديد "البيانات القاسية" اللازمة.	

أساليب تشخيصية مهمة مستخدمة

من بين الأساليب المذكورة أعلاه تستخدم اليوم الأساليب التالية:

- المقابلة التشخيصية الأولى
- دراسة البيوغرافية للحالة من وجهات نظر علم نفس الأعماق
- الدراسة السيكوسوماتية للحالة.

المقابلة التحليل نفسية الأولى psychoanalytical First interview

وضع آرغلاندر Arglander على الأساس النظري لمقابلة بالنت Balint تقنية مقابلة تحليلية نفسية خاصة و وصفها بتفصيل في كتابة الجدير بالقراءة "المقابلة الأولى في العلاج النفساني" في عام 1970. وقد اعتبر الجلسة الأولى مع المريض في إطار زمني يبلغ 60 دقيقة على أنها "موقف تحليلي نفساني " بمظاهر علاجية و تشخيصية في الوقت نفسه. فإلى جانب ضرورة توضيح تشخيصي يدور الأمر حول إنجاز اقتراح علاجي ملموس و التحفيز والتحضير للعلاج. وهنا تتم مراعاة الواقع الذاتي الداخلي للمريض. أما أهداف هذه المقابلة الأولى فهي:

- تقصي ارتباط معنى الأعراض بالصراعات الكامنة خلف ذلك.
- إيجاد إجابات عن السؤال: في أي بنية من بنى الشخصية تجذر الحدث المرضي.
- التعرف على القدرات (الكفاءات) التي يمتلكها المريض.

- استنتاج ماهية السمات البنيوية التي يعتقد أنها ستقود إلى المقاومة في العلاج.

ويرى آرغلاندر Arglander المقابلة التشخيصية الأولى بأنها "موقف جلسة غير مألوف" يحصل من خلال استخدام المشاهد المباشرة و الموقف التفاعلي ورسائل المريض اللاشعورية المعروضة فيها.

"يكمن جوهر الأمراض النفسية في العمليات النفسية الداخلية اللاشعورية، يمكن استخلاصها من المشاهد الراهنة مع شريك الجلسة" (Arglander,1970) .

وتأتي الإجابات عن الأسئلة التشخيصية من ثلاثة مصادر مختلفة، لها الوزن نفسه من الأهمية.

1. المعلومات الموضوعية objective Information: وهي بيانات حول الأعراض و أنماط السلوك والخصائص الشخصية و الوقائع الطبية و البيوغرافية والاجتماعية. ويقوم المشخص بناء على ذلك ببناء فرضيات على أرضية خلفيته النظرية وخبراته الإكلينيكية و استنتاجاته المنطقية. أما محك محتوى الحقيقة النسبي للمعلومات فهي الدلائل المنطقية logical evidence و التوافق مع الفرضيات المنبثقة من النظرية والخبرة.
2. المعلومات الذاتية subjective Information: وهي الأهمية الذاتية (الشخصية) التي يعطيها المريض لشكاواه ووضعه الحياتي و توقعاته من العلاج. ومن أجل التمكن من الحصول على هذه المعلومات فإن التعاون مع المريض ضروري. وهذا بدوره يشترط وجود جو من الثقة و الأمان والاهتمام الطيب. أما المحك بالنسبة لدقة لمدى موثوقية المعلومات فهي الدلائل الموقفية situative evidence.
3. المعلومات المشهدية (الاستعراضية scenically Information) ويدور الأمر هنا حول العرض التصويري لموقف الجلسة، أي مراقبة التفاعل بين المريض والمعالج مع كل العناصر والمجريات اللفظية، والإيمائية-التعبيرية والانفعالية و

الجسمية. وتمثل الخبرة الذاتية لمجري المقابلة interviewer أداة إدراك وتقويم المعلومات المشهدية. إنه يدرك المعلومات بوساطة "انتباه ذي تماوج متساو" في حقل العلاقة اللاشعوري. أما المحك بالنسبة لموثوقية هذه المعلومات فهو الدلائل الذاتية للمشخص subjective evidence.

- يوضح آرغلاندر Arglander المعلومات المشهدية من خلال مثال: "يتحدث مريض طوال 50 دقيقة حول بياناته الشخصية. يشعر المقابل Interviewer بالإحباط، يشعر بأنه لم يفهم شيئاً و يحس فجأة بحاجة كبيرة للتدخين. فيقدم سيجارة للمريض و يدخنان كلاهما. يصمت المريض لفترة وبدأ بشكل عفوي بالحديث عن ذكرى على علاقة بالتدخين. وكان معنى مقولته يتضمن: الحاجة للتدخين في موقف ما تتناسب مع عدم طمأنينته الداخلية، بالإضافة إلى أنه يمثل انتهاكاً. في هذه اللحظة تم بناء اتصال انفعالي. يستطيع المريض أن يُفهم الفاحص بأنه عليه أن يقدم بيانات لأنه يخاف من إشباع الحاجات، التي تفضح عدم اطمئنانه الشخصي؛ ومن خلال ذلك فقد أحبط المحلل بشدة، بحيث إلى درجة وجب عليه العمل على تحقيق على إشباعه الخاص (التدخين). يشعر المريض بالتفوق و يعبر عنه أيضاً... ... " (Arglander,1967,P. 430)

نصائح للتشخيص

من أجل بناء "موقف الجلسة غير المألوف" هذا يسترشد آرغلاندر بنصائح بالينت حول التشخيص. وهو يميز:

1. تقنية المقدمة (الجبهة) Technique of Fronts: "نحن نحترم تعقد الجبهة، نترك

للمريض النشاط، لا نلح عليه بشيء و نستجيب لرغباته و مطالبه وحاجاته بمقدار ما يسمح لنا الواقع بذلك". وهذا ينطبق على سبيل المثال على تحديد موعد المقابلة و اختيار المقابل Interviewer و المظاهر الأخرى.

2. تحضير المقابلة: يتم بشكل منهجي إعداد الشروط الموقفية للمقابلة، فيما يتعلق بأسئلة السعة الزمنية، تصميم الإطار (عدم الإزعاج، الجو المحيط)، من أجل بناء الحميمية ومن ثم الانفتاح عند المريض.

3. اتجاه المُقابِل (الذي يجري المقابلة) Interviewer's attitude: "للاتجاه الذي يتجلى في نمط الإجابة الهادئة من السلوك و الاهتمام، تأثير حاسم... . . الجانب المعاكس لهذا السلوك الداعم هو الإحباط، الذي يلهب الموقف الدفاعي و الصمت المتأمل و العفوية المضبوطة (أو المراقبة) و أخيراً في الخيبة من غياب النصائح المباشرة.

وتمثل المقابلة التحليلية النفسية وفق آرغلاندر Arglander مقابلة تحليلية نفسية نموذجية مثالية، حيث لا يمكن اليوم تطبيقها بهذا الشكل إلا في العيادات التحليلية النفسية. ولم يضع آرغلاندر أي منهجية للتفصيل الخطي وبناء الفرضية، بحيث تظل الكيفية التي يمكن فيها أن تقود الانطباعات والبيانات المكتسبة من هذا إلى فرضية ديناميكية نفسية، وهي الفرضية اللازمة للعلاج القائم خلفها. وعلينا ألا نقلل من خطر الإدراك والاستطباب "الشخصي subjective"، المنبثق من التوكيد المشهدي scenically. فهذه المقابلة تشترط وجود الكثير جداً من الخبرة والمقدرة، كي لا تحدث "هوامات خصبة و تأملات speculation مبالغ بها" (Arglander,1970).

ومن إحدى أهم نقاط الانتقاد الجوهرية لمبدأ آرغلاندر تتمثل فيما إذا كان مثل هذا الشكل من إدارة المقابلة يمكن أن يقود عموماً إلى طرح تفريقي للاستطباب (الفاعلية). هل من الممكن الإجابة عن السؤال فيما إذا كان بالإمكان إجراء تحليل طويل الأمد أم قصير الأمد أم في المجموعة؟ فبمجرد انبثاق ضرورة الإجابة عن مسائل طرح

الاستطباب التفريقي -كما هو بديهي في العيادة - أو ضرورة متابعة مسائل بحثية، فلابد عندئذ من جمع معلومات تشخيصية أكثر وتوثيقها.

دراسة الحالة البيوغرافية من منظور علم نفس أعماقي

يرجع الإنجاز المفصل و الشامل لهذه المقابلة العلم نفس أعماقية إلى دورسن Duehrsen (1981). ويتمحور هذا المبدأ حول ربط هنا والآن مع هناك وفي ذاك الوقت connect between Here and Now and There and in That time. وبالطبع فإنه من خلال الحصول على كم من المعلومات البيوغرافية هناك خطر أن يتحول جمع المعلومات إلى جوهر المقابلة. إلا أن المعلومات تظل بلا قيمة، "إذا ما تم تجاهل المظهر التواصلي بين الطبيب والمريض" (Duehrsen (1981,P. 16. فبالإضافة إلى التقارير الواقعية فإن "الإصغاء بالأذن الثالثة"، أي أن إدراك موقف الجلسة وموقف التفاعل ككل على درجة كبيرة من الأهمية.

وتسعى المقابلة إلى الحصول على صورة شاملة قدر الإمكان لتطور إنسان ما وصولاً حتى الصراعات الراهنة. وتبدأ الجلسة بالشكاوى والصراعات الراهنة. وبما أنه لا توجد أنماط سلوك وخبرة يستخلصها الإنسان بحد ذاتها، بحيث تكون تعبيراً لاضطراب أو تمثل عصابي، فلا بد من توضيح فيما إذا كان الأمر يتعلق بأنماط سلوك أم أنماط خبرة أم أنماط استجابات، "غير قابلة للتحريك" بحيث أنها تعبر عن نفسها في المواقف التي لا تكون مفيدة فيها أو حتى مضرة أو غير مقبولة"(Duehrsen,1981).

و يتم استخلاص تقويم أنماط السلوك العصابية من خلال:

- الخبرة المشوهة والمحرفة للعالم المحيط؛
- نمط الاستجابة العصابية التي تعبر عن نفسها على حساب المريض في المواقف التي لا تكون فيها مفيدة؛
- استراتيجيات المواجهة الناقصة؛

المجالات الحياتية المهمة، التي تتجلى فيها الصراعات المثيرة للمرض هي:

1- اختيار الشريك و سلوك الارتباط؛

2- الأسرة المنبت؛

3- مجال المهنة؛

4- ظروف الملكية؛

5- الإطار الاجتماعي الثقافي المحيط مع الانتماء للمجموعات.

ويحتل ما يسمى **بالمواقف المثيرة** (مواقف المحاولة والفشل) أهمية كبيرة. ففي علم نفس الأعماق التقليدي يتم الانطلاق من أنه يتم حشد مطلب الدافع المصدود بشكل ثابت نسبياً حتى الآن بقوة (محاولة)، ولكنه لا بد من أن يتم صده على أساس المعطيات الصراعية (الفشل)، ولا يكفي الدفاع المستخدم حتى الآن من أجل ذلك. وبالطبع فإنه يمكن لكل نائبات الدهر والكوارث الوخيمة في حياة شخص ما أن تقود إلى أزمات واضطرابات نفسية، أي أنها تثيرها. إلا أن المقصود بالموقف النفسي العصابي المثير هو "الحاجز الشخصي الحساس" الذي غالباً ما تكون أبسط الأحداث كافية له كي يثير أعراضاً وخيمة، كزيادة الراتب لموظف محسود بالسر على خلفية التاريخ الشخصي السابق "بكون المرء قد هضمت حقوقه باستمرار" على سبيل المثال. فهنا غالباً ما لا يدرك الشخص المعني الضغط الذي ظهر ضمنه الاضطراب، (يُكبَت). وبهذا فإن السؤال المباشر عن الموقف المثير لا يقدم لنا أية معلومة مفيدة ("لا توجد مشكلات")، وغالباً ما يبرهن استمرار "التنقيب" العنيد عن الظروف في وقف نشوء الأعراض على أنه قليل الفائدة، ذلك أنه غالباً ما نصل إلى إجابات ملتوية. والأكثر فائدة من هذا هو السؤال عن المعطيات العامة في وقت نشوء العرض حيث يفترض أن يتم الاستناد إلى البيانات الأهم ونمو العرض. وهنا لابد من وصف المعطيات الموقفية ("كنت في هذه اللحظة مع زوجتي في السيارة مسافرين إلى حماتي")/ وكذلك الظروف المحيطية (شروط الإطار) ("حملت زوجتي للمرة الأولى بعد 12 سنة زواج"). وغالباً ما تكون

بين الموقف المثير و اللامعاوضة decompensation إطاراً زمنياً فاصلاً، فترة يمكن أن تمتد حتى السنة: في البداية لا يتم صد ومواجهة الصراعات بعد، إلى أن تقود الضغوط المستمرة إلى لامعاوضة نهائية. وبالإضافة إلى الإجابة المباشرة عن السؤال عن المعطيات يتم في مجرى المقابلة غالباً وصف المعطيات التي ظهرت بالتوازي زمنياً مع نشوء الأعراض وتغيراتها. و عليه لا يعطي مريض ما أية بيانات عن السؤال الهادف عن الموقف المثير، ولكن عندما يسير المرء معه في طريق حياته بشكل بيوغرافي-زمني و يعرف تواريخ وفاة الوالدين فسوف يتضح السياق الزمني بين موت الوالدين وبداية الأعراض. وتعد ما تسمى بالمواقف الحدودية swell situations[1] من نحو الالتحاق بدور الحضانة، الالتحاق بالمدرسة، المراهقة، الالتحاق بالمهنة، الزواج، ولادة الأولاد، وسط الحياة، السن الحرجة climacterium[2]، التقاعد، موت أحد المقربين... الخ على سبيل المثال من المواقف التي غالباً ما تثير الأعراض.

ولكن هنا ينبغي دائماً مراعاة السؤال فيما إذا كانت الأحداث المغيرة للحياة المستقلة عن أنماط الشخصية العصابية الكامنة خلفها يمكن أن تؤثر بوصفها ضغطاً مستقلاً و يمكن أن تقود إلى اضطرابات نفسية!. فتشخيص اضطراب عصابي يكون موثوقاً عندما يكون قد تم التوصل في إطار تاريخ الحالة البيوغرافي إلى ارتباط قطعي بين "صورة الطبع Character image العصابية الموجودة ووضع الحياة المثير التابع لذلك و علامات المرض الموجودة" (Duehrssen,1981). ولا يمكن من التفاعل المشهدي scenically Interaction أو من صورة الشكاوى أو من البروفيل البيوغرافي كل على حدة طرح تشخيص موثوق! والفضل الكبيرة للسيرة الذاتية البيوغرافية هي هذا المسمى "التشخيص الإيجابي للعصاب": يتطلب التشخيص تفهماً شاملاً للتفاعل بين مجريات الخبرة الداخلية و تشكيلة المصير fate الخارجي لمريض ما.

---

[1] المواقف البارزة في حياة إنسان ما.

[2] ما يسمى خطأ بسن اليأس

التوثيق

تشكل الدراسة البيوغرافية للحالة أساس تقديم طلب للعلاج النفسي بالنسبة للعلاج القائم على أساس علم نفس الأعماق و التحليل النفسي عند الراشدين. ولابد لهذا الطلب أن يشتمل على النقاط التالية:

1. **البيانات التلقائية للمريض**: وصف شكاوى المريض و الأعراض، باقتباسات حرفية قدر الإمكان. والمهم هو تسجيل جميع شكاوى المتعالج بما في ذلك الطريقة التي يعيشها فيها. أما الأسئلة الموجهة فهي:
   - متى بدأت الشكاوى (الأعراض)؟
   - كيف تطورت بعد ذلك (ازدادت شدة، انخفضت)؟
   - كيف كان مجراها الزمني؟
   - ما هي الشكاوى -إلى جانب تلك المذكورة- التي يمكن تحديدها من خلال استفسار هادف؟
   - ما هي المعلومات المتوفرة حول نتائج فحوصات نفسية وجسمية؟
   - ما هي الفحوصات التي أجريت؟ متى وأين؟
   - ما هي العلاجات السابقة التي أجريت؟ من أجراها وأين؟
   - لماذا يأتي المريض في هذا الوقت بالتحديد؟ من دفعه لذلك؟
2. **عرض مختصر للنمو التاريخ حياتي (للسيرة الحياتية)** مع التاريخ الأسري والنمو الجسمي النفسي و الاجتماعي مع مراعاة خاصة للوضع الأسري والمهني و المجرى الدراسي و الأزمات في المواقف الحدودية المميزة للأطوار الانتقالية. ومن أجل التمكن من العثور المواقف المثيرة و أزمات الحياة، فإنه من المفيد تسجيل البيانات الفردية التي تم الحصول عليها في المقابلة و بيانات أشخاص

الإطار المرجعي المهمين في جدول توضيحي. إلا أن هذا الجدول التوضيحي لا يعوض عن وصف مجرى حياة المريض من خلال الانطباع الموضوعي والذاتي. وبشكل عام لا يحتوي عرض تاريخ الحياة البيانات الموضوعية فحسب، بل أن التركيز يتمحور حول الخبرات الذاتية و تقويمات المريض.

كما يتم عرض الوضع الاجتماعي النفسي التي كانت فيها أسرة المريض قبل الولادة وبعدها، والاتجاهات المخمنة فيما يتعلق بولادة المريض و التغيرات التي حدثت بسبب ذلك. أما النمو الطفولي الباكر (الرضاعة، وتعلم المشي والكلام والنظافة... الخ) فيتم وصفها استناداً إلى الشذوذات والانحرافات:

- يتم السؤال عن أشخاص الإطار المرجعي الأهم (في دراسة الحالة المفصلة بدءاً من الجدين) و العلاقات بينهما وبين المريض. وهنا يتم كذلك ذكر البيانات الاجتماعية (السن، المهنة... الخ).
- ويحتل وصف زواج الوالدين و العلاقة بالأخوة مع مراعاة النمو حتى الوقت الراهن أهمية خاصة.
- ويمكن في الدراسة البيوغرافية المفصلة للحالة أن تصبح المراحل المتفرقة للحياة حية بالنسبة للفاحص ("صف لي كيف كان حالك في الروضة... كيف كانت الاتصالات في ذلك الوقت؟ بأي شيء كنت تحب أن تشغل نفسك"؟... الخ).
- وينبغي بشكل عام أن يتضح كيف بنى المريض الاتصالات في حياته (العلاقة بالموضوع)، كيف شعر هو نفسه (مظهر الذات self-aspect) وكيف سار نموه المدرسي/ المهني و الجنسي.
- وتنتهي الدراسة البيوغرافية للحالة مع الوضع الحياتي الراهن. والهدف هو إعادة رسم الصورة الشاملة والحية قدر الإمكان لحياة المريض الراهنة و لعلاقاته و نشاطاته ووضعه الاجتماعي. وهنا يتضح فيما إذا كان المريض

في وضع صراعي أو أزماتي و ما هي الموارد التي يمتلكها هو فردياً و علاقاته.

3. **التاريخ الطبي**: يتم تحديد الأمراض الجوهرية و المعالجات الطبية. كما تحتوي دراسة التاريخ الطبي بيانات حول الأمراض الأساسية في الأسرة و بشكل خاص حول الأمراض النفسية.

4. **النتائج النفسية** حتى وقت الفحص: فبالإضافة إلى التحديد التشخيصي التفريقي لابد من طرح أسئلة عن الحالة المزاجية والقلق، والتصورات القهرية والدوافع و اضطرابات الإدراك والذاكرة:

أ) الاتصال الانفعالي والذكاء و تفاصيل الشخصية والقدرة على الاستبصار، و استبصار المرض و دافعية المريض للعلاج النفسي.

ب) آليات الدفاع المفضلة، بنية الشخصية.

ت) النتائج السيكوباثية.

ويتم وصف مظهر المريض و خصوصيات دخوله (الحضور) و سلوكه وملابسه و الإيماءات. وبالإضافة إلى الانطباع الأولي لا بد من تصوير ديناميكية الفحص ككل، وبشكل خاص استجابات النقل والنقل المعاكس، التي يلاحظها الفاحص. "ماهي المشاعر و أية انطباعات" يوقظها المريض عند الفاحص؟ كيف يبدأ الحديث، ما هي أولى الجمل؟ كيف يدير الاتصال فيما بعد؟ هل يوجد في مجرى الجلسة تطور فيما يتعلق بالسلوك، التعبير إدارة الاتصال؟ وكذلك يمكن هنا تصوير خبرة المريض لذاته: كيف يرى المريض ذاته؟ كيف يستجيب عموماً على هذا السؤال؟ كيف يعيش اضطرابه؟ هل هو قادر على الاستبصار بالتسبيب النفسي المنشأ (أو بالعوامل المُساهِمة) لأعراضه أم أنه يصد و ينكر هذا؟

وينبغي من ضمن المقابلة التحليلية النفسية التقليدية أيضاً السؤال عن الأحلام:

عن آخر حلم قبل الجلسة التشخيصية، وعن حلم متكرر باستمرار و حلم من الطفولة. ومن المألوف أيضاً طرح "السؤال الاختباري" : "ما هي أولى الذكريات؟ ما هي الحكاية المفضلة؟ ما هو الحيوان المحبوب؟".

5. **الديناميكية النفسية للمرض العصابي**: عرض التطور العصابي و الصراع العصابي البين نفسي مع تشكيل العرض الناجم عن ذلك: في هذه النقطة يتم إعطاء تفسير مختصر للصورة المرضية أو لشخصية المريض. وينبغي لهذا التلخيص أن يوضح أين يكمن الصراع الرئيسي للمريض.

يمكن أن يبدأ التقويم العام بتلخيص مقتضب: "المريض البالغ من العمر 35 سنة حضر بأعراض قائمة منذ ثمان سنوات من قسر الغسيل". وبعدئذ يتم عرض الصراع الرئيسى من خلال ثلاثة أبعاد:

موقف الضغط الخارجى: "ظهر قهر الغسيل بعد أن أنجبت الزوجة الطفل الثالث بوقت قصير، وكان هو الولد الأول.

البعد البين نفسى: يتم عرض ماهى الصراعات البين نفسية التى تم إحيائها و التى لا يمكن مواجهتها.

"قادت ولادة الولد الأول إلى انصراف مفاجئ معاش للزوجة، الأمر الذي قاد إلى إعادة إحياء موقف الصراع الأوديبى. فجأة كان عليه أن يتعامل مع منافس بشري و يتحمل الدونية، التى أضافها الابن المولود إليه في العلاقة بزوجته".

البعد التاريخ حياتي: هنا يتم استخلاص تلك البيانات من البيوغرافيا (السيرة الذاتية) التى تجعل من إعادة إحياء صراع متكرر بحد ذاته في الحياة باستمرار مفهوماً.

"وبعد أن شعر المريض حتى سن الخامسة من العمر، في أثناء وجود والده في الأسر، بأنه هو المالك الوحيد لأمه، لم يستطع أن يتحمل الصد من خلال عودة والده. وارتباطاً بالشدة التى كانت الأم تمارسها تربوياً (كانت تريد أن تكون الأب والأم في الوقت نفسه)، حدث دفاع نكوصى مع نمو اضطراب شخصية عصابية قسرية واضحة".

من الصعب في العادة قصر اضطراب ما على أساس صراع وحيد. إلى أن المهم هو تقويم ما هى المجالات الحاسمة من الصراع، كى لا ينشأ الانطباع "بمنشأ عام Global pathology".

6. **التشخيص النفسي العصابي**: عرض التشخيص على المستوى العرضي والبنيوي مع مراعاة الاعتبارات التشخيصية التفريقية. ويسترشد التشخيص الوصفي (العيادي) بالأعراض (من نحو عصاب القهر، فقدان الشهية العصبي... على سبيل المثال). ويميز (تشخيص البنية) السيكودينامي بين فيما إذا كانت المسألة متعلقة باضطراب عصابي مع إعادة إحياء نمط صراعي مكرر لذاته أم باضطراب في بنية الأنا Ego-structural Disorder(اضطراب بنيوي).
7. **خطة المعالجة Treatment plan و هدف العلاج** (الاستطباب Indication).
8. **التنبؤ بالعلاج**: في البداية لابد من الإجابة عن السؤال إلى أي مدى يمكن التفكير بالأساليب العلم نفس أعماقية (سيكودينامية أو تحليلية نفسية) و فيما إذا كان لابد من استخدام العلاج الفردي أم العلاج في المجموعة. وكذلك ينبغي تحديد الخطة الزمنية للعلاج (البداية، التكرار و المدة). كما لابد إعطاء تبرير دقيق قدر الإمكان (الدافعية، الاستبطان، المرونة الداخلية والخارجية). ولا بد من تقدير ما الذي من المتوقع تحقيقه وما الذي يتوقع عدم تحقيقه (الأهداف الجزئية النتيجة المتوقعة). فالتنبؤ لابد أن يكون مستنداً دائماً على نوع خاص من

العلاج و لابد من بحث الاستطبابات التفريقية.

دراسة الحالة السيكوسوماتية

أسس ج. ل. إنجل G. L. Engel بوصفه طبيب باطنية و محلل نفسي في خمسينيات القرن العشرين في روشتسرRochester بالولايات المتحدة الأمريكية أول خدمة ارتباط نفسية جسدية psychosomatically Liaison. فمن خلال التعاون الوثيق مع التخصصات الجسمية انبثقت ضرورة موائمة المقابلة التحليلية النفسية التقليدية مع الضرورات والأوضاع الخاصة للمرضى جسمياً. ويتبع نموذج المقابلة التكاملية و المفتوحة الذي تم عرضه لمورغان و إنجل (1977) Morgan and Engel توضيح الوضع الجسدي والنفسي الاجتماعي للمريض ويحاول فهم هذا الوضع الاجتماعي النفسي على خلفية النمو الحياتي حتى الآن. ويقوم أساسه على السعي إلى بناء علاقة مقبولة بالمريض، علاقة مثمرة بين الطبيب والمريض. ويقدم جدول (2) عرضاً تلخيصياً للمجرى التخطيطي لدراسة الحالة السيكوسوماتية.

لايمكن بناء علاقة مثمرة بالمرضى بأمراض واضطرابات جسمية إلا من خلال تقبل المرضى بمعاناتهم الجسمية و بأن يشعروا أنهم مفهومين. "فخريطة الأعراض" تحتل أهمية كبيرة. ويؤكد كل من آدلر وهاملر (Adler and Hammeler,1989) على أنه من طريقة وصف المريض لشكاواه يمكن اشتقاق دلالات على سمات شخصيته. وعليه يمكن من الحديث حول التفاصيل التي لا تنتهي استنتاج وجود نمط شخصية قسرية. والتقرير بلانقاط وفواصل وإغراق الفاحص يمكن أن يجعلنا نخمن بأنه يكمن خلف عاصفة الرواية شيئاً جوهرياً. وإدراك مثل هذا النوع من مجريات الحديث يساعد الفاحص للوصول إلى فرضيات تشخيصية مهمة ويساعده من ناحية أخرى على تصميم الجلسة.

فمن خلال التحديد الدقيق للشكاوى يتم أخذ أهمية الشكاوى الجسدية بعين

الاعتبار:

أين: التموضع والانتشار؟ كيف: النوع (وخز، سحب، حرق)؟

ما القوة: الشدة؟

متى: المجرى الزمني، عواقب الشكاوى؟

في أي من الظروف تصبح الشكاوى واضحة (عند المجهود الجسدي، مساء قبل النوم... الخ)؟

من خلال أي أمر تصبح الشكاوى أخف أو أشد؟؟

وتسترشد إدارة الجلسة بالمقابلة التحليلية التقليدية، أي يطرح الفاحص أسئلة مفتوحة ويترك للمفحوص المجال الفردي اللازم للتعبير عن نفسه بكلماته. فمن خلال هذا تتضح كذلك التصورات الذاتية للمرض و مخاوف ورغبات المريض. وفي النهاية يتم تلخيص الجلسة ومناقشة الإجراء العلاجي التالي. وتقوي المعلومات الواضحة (بقدر الإمكان) حول الخطوات التالية للتوضيح والعلاج من جهتها علاقة الطبيب بالمريض وتهدئ المريض.

جدول 4: دراسة الحالة السيكوسوماتية حسب إنجل

I	**التقديم، التحية ←الانطباع الأول**
II	**تحقيق موقف ملائم**
III	**خريطة الشكاوى** ← إدراك الواقع الفردي، تحديد الأعراض
IV	**المعاناة الراهنة (المجرى الزمني، النوعية، الشدة، التموضع و الامتداد، العلامات المرافقة، العوامل المُكثِّفة/ المخففة، الظروف) ← الفرضية الأولى، تثبيت رابطة العمل.**
V	**التاريخ الشخصي (البيوغرافيا)**

VI	تاريخ الأسرة
VII	النمو النفسي
VIII	الوضع الاجتماعي
IX	إكمالات دراسة حالة المنظومة ←التشخيص الاجتماعي النفسي البيولوجي المتمم integrate biopsychosocial Diagnosis
X	أسئلة/ برامج العلاج ← توقعات المريض، الخطوات العلاجية الأولى

مسودة تشخيص تحليلي متعدد الأبعاد شامل: التشخيص السيكوديناميكي الإجرائي

(OPD) Operationalize psycho dynamical Diagnostic

يقف التحليل النفسي كعلم وأسلوب للعلاج النفسي أمام تحديات كبيرة. فمن جهة لابد من استخدام النتائج الإمبيريقية للفروع العلمية الأخرى من نحو علم النفس الاستعرافي أو أبحاث الرضع من أجل اختبار النظريات والإجراءات التحليلية القائمة حتى الآن ومن جهة أخرى جعل النشاط التشخيصي والعلاجي منهجياً systematize من الناحية الإكلينيكية واختباره. ويعد التشخيص السيكوديناميكي الإجرائي حتى الآن أشمل محاولة لموائمة الصرح المعرفي والنظري مع الضرورات والمعارف الراهنة وتجميع المبرهن. وقد تم تحديد خمسة محاور بالنسبة للتشخيص التحليلي متعدد الأبعاد الشامل Operationalize psycho dynamical Diagnostic والذي يرمز له اختصاراً :(OPD)

- المحور I: خبرة المرض والتوقعات العلاجية. Experience of Diseases and Treatment‘s expectation
- المحور II: العلاقة. Relationship

- المحور III: الصراع. Conflict
- المحورIV: البنية Structure
- المحور V: محور المتلازمة Syndrome aches(بالنسبة لمجال السيكوسوماتيك/ العلاج النفساني نسخة معدلة من ICD-10.

وقد تم إعداد المحاور من عدة مجموعات عمل مختلفة، بلغ عدد أعضائها حوالي 40 فرداً. ويعد OPD مسودة مضادة للتشخيص المتجه اتجاهاً أعراضياً خالصاً للآي سي دي-العاشر ICD-10و الدي أس أم-الرابع DSM-IV. إنه محاولة تهدف إلى أبعد من مجرد الوصف الإجرائي وذي التوجه الأعراضي لتحديد المعرفة التحليلية النفسية بشكل أوضح واستخدامها بشكل أوسع.

المحورـI ـ من خبرة المرض وشروط العلاج

تشمل خبرة المرض العمليات الانفعالية والاستعرافية كاملة الموجهة نحو المرض ومواجهته. وهنا لابد من مراعاة: نوع وشدة المرض الموجود، المحيط الاجتماعي، سمات المريض التشخيصية ودافعيته للعلاج. ويتم التعبير عن خبرة المرض و شروط العلاج في إطار OPDمن خلال 18 بعداً يتم تقويمها حسب درجتها إما منخفضة أو متوسطة أو مرتفعة.

> مثال: "القدرة على الاستبصار بالنسبة للارتباط الجسدي-النفسى :somato-psychical Correlation relation
>
> يتعلق الأمر هنا فيما إذا كان المريض قادراً على إدراك أن الأعراض النفسية نتيجة لمرض جسدي، وما هو مدى هذا الإدراك. فالمريض ذوي الاستبصار المرتفع يدرك مثل هذه العلاقات وقد يشير إليها من تلقاء نفسه أيضاً. أما المريض منخفض الاستبصار فلن يدرك هذا الارتباط وربما ينكره

أيضاً.

القدرة على الاستبصار بالنسبة للعلاقات الجسمية النفسية:

- غير موجودة(صفر)
- منخفضة (1)
- متوسطة (2)
- مرتفعة (3)
- غير قابلة للتقويم (9).

ويتم تحديد الأبعاد التالية و خبرة المرض و شروط العلاج في OPD:

- مقدار الإعاقة الجسمية.
- تقويم درجة شدة المرض الجسدي أو النفسي أو كليهما.
- ضغط المعاناة.
- مناسبة التضررات الذاتية إلى مقدار المرض.
- تأذي خبرة الذات
- المكسب المرضي الثانوي.
- القدرة على الاستبصار بالنسبة للعلاقات السيكو-دينامية psycho-dynamic correlates.

- الاستبصار بالنسبة للعلاقات النفسية-الجسمية.
- تقدير شكل العلاج الملائم (علاج نفسي).
- تقدير شكل العلاج المناسب (معالجة جسدية).
- الدافعية للعلاج النفسي.
- الدافعية للعلاج الجسمي والمطاوعة Compliance
- تقديم العرض.
- الاندماج الاجتماعي النفسي.
- الموارد الشخصية.
- الدعم الاجتماعي.

ويؤثر نوع وشدة المرض الموجود على خبرة المرض، على سبيل المثال الأعراض والإعاقات الجسمية والنفسية، الضرورات العلاجية اللازمة، العواقب الاجتماعية ... الخ. غير أنه ليس بين شدة مرض ما و ضغط المعاناة الشخصي أية علاقة خطية، والمهم هنا هو التمثل والتقويم الشخصي للمرض (وبشكل خاص اللاشعوري). وتحتل الأوضاع الاجتماعية والمؤسساتية للنظام الصحي هنا أهمية خاصة، مع ما يرتبط بذلك من اتجاهات متعلقة بالمرض والصحة. وفي حين أن هذه الأوضاع تؤثر على المريض مباشرة عبر علاقة المريض-المعالج ، فإن نظام الرعاية الصحية المتمحورة بشكل غالب على نهج جسدي للمرض يقود المريض إلى نهج أقرب "للنموذج الجسدي للمرض". فيتخذ المريض دوراً أقرب إلى دور المتلقي السلبي. كما أن المحيط الاجتماعي النفسي ككل (الأسرة، الأقارب، المعارف، الأصدقاء... الخ) يمكن أن يمارس تأثيراً واسعاً على تاريخ معاناة المريض و سلوكه في تلقي المساعدة. وتنبثق الدافعية للعلاج من القناعات الشخصية المعروضة. ويمكن للتوقعات العلاجية أن تشمل من حيث المبدأ كل أشكال العلاج الطبي وشبه الطبي و العلاجي النفسي.

المحور II من OPD

يعد السلوك البين شخصي interpersonal في كل المدارس العلاجية النفسانية عاملاً جوهرياً في نشوء واستمرارية الاضطرابات النفسية. ويسعى عدد كبير من الباحثين والعياديين منذ سبعينيات القرن العشرين إلى وصف وتصوير نمط العلاقة بشكل منهجي. ومن بينها على سبيل الذكر: التحليل البنيوي للسلوك الاجتماعي Structure Analyses of Social Behavior لبينيامين Benjam,1974 وتشخيص الخطة Plan Diagnosis لوايس و سامبسون Weiss & Sampson, 1986.

وتشترك غالبية النماذج بتقسيم السلوك البين شخصي interpersonal إلى بعدين ثنائيي القطب. الضبط (مسيطر-ضابط مقابل مهدم subversive-خاضع) والاتصال affiliation[1] (مهتم-ودود مقابل عدائي-متباعد). ويمكن لكلانية العلاقات البين شخصية أن تتحدد من خلال الخليط من كلا هذين البعدين الأساسيين. وينبغي هنا تخفيض العدد اللانهائي من التفاعلات البين إنسانية هنا إلى فئات أساسية جوهرية (القابلة للاستخلاص بشكل صادق وموثوق).

وترى مدارس التحليل النفسي أن سلوك العلاقات هو نتيجة لرغبات العلاقات اللاشعورية. ويرتبط بهذا مخاوف وريبة تصبح فاعلة نفسياً (ضمنياً) intra psychical فيما يتعلق باستجابات الموضوع (الأخر) لهذه الرغبات. وبهذا فإنه يمكن استخلاص الصراعات الضمنية intra psychical من التشكيل الفردي للعلاقة. ويتجه هذا المستوى التشخيصي بشكل خاص على السلوك الاعتيادي للمريض، أي على الاتجاهات البين شخصية Intrapersonalالتي تبدو للخارج سائدة و فاعلة بيسر كثيراً أو قليلاً لدى المريض. وفي الجلسة التشخيصية يحصل الإنسان على معلومات حول سلوك العلاقة لدى المريض سواء من روايته حول وقائع العلاقة مع الآخرين أم من خلال الخبرة الذاتية

[1] :(affilation)الطموح نحو بناء أو استمرارية أو إعادة لإقامة اتصالات الصداقة بالأشخاص الآخرين.

للفاحص في أثناء الجلسة (النقل). ومن خلال الاستجابات والمشاعر الملاحظة في الذات يستطيع المعالج استخلاص استنتاجات حول الكيفية التي من الممكن أن يشعر فيها الآخرون أنفسهم ويتصرفون في العلاقة بالمريض. وبهذا تتحول خبرة النقل إلى وسيلة للتشخيص البين شخصي interpersonal Diagnostic.

ويشمل سلوك العلاقة المعتاد دائماً بعدين:

- كيف يعيش المريض نفسه؟
- كيف يعيش الآخرون أنفسهم تجاه المريض؟

شرط تقدير بناء العلاقة المركزية هو الجلسة التشخيصية الجارية، التي تصب فيها كمصدر للمعلومات خبرات العلاقة وسلوك العلاقة التي يصفها المريض في الجلسة. و سلوك العلاقة في الجلسة الأولى سهل على الملاحظة المباشرة، إلا أنه يمكن هنا كذلك الاستفادة من الاستجابات الذاتية للمشخص (النقل المقابل) من أجل هذا. و سوف نشير إلى انتقاء لبعض الفئات الأساسية من أصل 30 فئة تقريباً متوفرة للاختيار:

يعيش المريض مراراً أنه:

1. معجب بالآخرين بشكل خاص و يقدسهم (يقدسهم).
2. (... .)
3. (... .)
4. يعلم الآخرين ويمارس الوصاية عليهم.
5. (... .)
6. (... .)
7. (... .)
8. يتهم الآخرين ويشكوهم.

9. (... .)

10. (... .)

11. (... .)

12. يصد الآخرين.

13. (... .)

14. (... .)

15. (... .)

16. عنيد و معارض.

17. (... .)

18. (... .)

19. (... .)

20. يثق بنفسه بشكل خاص ويعتمد على نفسه.

21. (... .)

22. (... .)

23. (... .)

24. يائس ومستسلم.

25. (... .)

26. (... .)

27. (... .)

28. (... .)

29. يلجأ للهروب.

ويتم تصنيف استجابة شريك التفاعل طبقاً لذلك.

يعيش الآخرون أنفسهم والمريض مراراً بأنهم:

1. معجبون به بشكل خاص و يقدسونه (يقدسونه).
2. (... .)
3. (... .)
4. يعلمونه و يمارسون الوصاية عليه.
5. (... .)
6. (... .)
7. (... .)
8. يتهمونه ويشكون.
9. (... .)
10. (... .)
11. (... .)
12. يصدونه.
13. (... .)
14. (... .)
15. (... .)

16. يعارضونه ويعاندونه.
17. (... .)
18. (... .)
19. (... .)
20. يثقون فيه و يعتمدون عليه.
21. (... .)
22. (... .)
23. (... .)
24. يستسلمون بيأس
25. (... .)
26. (... .)
27. (... .)
28. يهربون منه.

المحور IIIمن OPD: الصراع

يعني الصراع Conflict (في اللاتينية: صدام) بمعناه العام التقاء مجموعة من الوضعيات المختلفة داخل شخص ما (نزاع الدوافع والرغبات و القيم والتصورات) أو بين عدة أشخاص. و الصراعات عبارة عن ظاهرة عامة. و التحليل النفسي في جوهره هو علم نفس الصراع. ومنذ فرويد يتم في التفكير السيكوديناميي منح هذا الصراع الداخلي عند إنسان ما أهمية مركزية. و الصراعات السيكودينامية عبارة عن صراعات داخلية لاشعورية وينبغي تحديدها أو فصلها عن الضغوط الخارجية أو الضغوط

المشحونة بالصراع. وقلما يتم اليوم التشكيك بأهمية الصراعات النفسية الداخلية اللاشعورية بالنسبة لنشوء الاضطرابات النفسية والنفسية الجسدية. ولكن حتى الصراعات الشعورية الخارجية والداخلية يمكنها، إذا استمرت لفترة طويلة كافية و كانت كثيفة بالدرجة المناسبة، أن تقود للاضطرابات وتعمل بهذا المعنى عمل الشحنة الصراعية. والصراعات النفسية الداخلية اللاشعورية هي صدامات نفسية داخلية لمجموعة من الدوافع الموجهة ضد بعضها، من نحو الرغبة بالعناية أو الاهتمام والرغبة بأن يتصرف المرء باستقلالية. "لو أني تركت نفسي كلية مع شخص ما، فسوف يخيب أملي خلال فترة قد تطول أو تقصر، ولن أستطع عندئذ تحمل قلق الانفصال أو ألم الانفصال الناجم عن هذا؛ لهذا السبب طورت إمكانية دفاع، بألا أترك العلاقة بأي شخص تتقوى أبداً بحيث يمكن أن ينشأ تعلق بهذه العلاقة" (Mertens,1992;P. 113).

وتصف هذه الصراعات "العصابية" اللاشعورية المستمرة طويلاً زمنياً التثبيت على إما/ أو غير صارم و قابل للحل، دون أن يتمكن المرء من الوصول إلى حل أو قرار. بالمقابل فإن الضغوط الخارجية و الداخلية المشحونة بالصراع الشعورية ومن حيث المبدأ يسيرة على التمثل والحل. ومن مثل هذا النوع من الصراعات على سبيل الذكر التناقضات التي تعد غير قابلة للحل لأسباب خارجية لرغبة سيدة ما للزواج و الأسرة و الرغبة المقابلة بالنجاح المهني. وبالمقابل تتصف الصراعات السيكودينامية المستمرة زمنياً بنمط ثابت من خبرة الإنسان. هذا الإنسان يستجيب في المواقف المطابقة دائماً بنمط متشابه من السلوك. ويرتبط وجود الصراع اللاشعوري المستمر زمنياً بشروط محددة من بنية الأنا، التي بدونها لا تكون مثل هذه العملية الصراعية و عملية التمثل ممكنة. فإذا ما لم تكن هناك اضطرابات بنيوية واضحة للأنا ego-structural Disorders، فإن مثل هذا النوع من الصراعات الشعورية conscious المستمرة زمنياً لا يتجلى. وعادة ما تكفي أبسط الضغوط من أجل أن يقود الأمر إلى صور الاضطراب. فالصراع والبنية يمثلان إذاً سلسلة إكمال.

تنمو الصراعات على خلفية خبرات علاقة مشحونة بالتوتر والخلافات، أي دائماً

على خلفية أوضاع العلاقات relationship modi المتكررة [الأسلوب التي تتشكل فيها طبيعة العلاقة]، التي يمكن أن تصل إلى أوضاع مؤذية (انصدامtraumatize) . غير أنه يبدو أنه لا يمكن برهان عواقب الأذيات (الانصدامات traumata) على النمو إلا على شكل عجز بنيوي structural Deficits. وبهذا الشكل من الفهم يمثل الصراع والبنية قطب سلسلة إكمال إكلينيكية.

ويحتاج التعرف على الصراعات السيكودينامية إلى أسلوب استقرائي inductive واستنتاجي (استدلالي deductive). ويقصد بالاستقراء هنا انطلاقاً من الظاهرة القابلة للمقارنة ، انطلاقاً من سمات الخبرة و السلوك المتكررة، والتي يمكن تتبعها من خلال مجرى مرض المريض و تاريخه الشخصي. أما لاستنتاج (الاستدلال) فيقصد به هنا الرجوع إلى المعرفة النظرية والإمبيريقية التي تم تحقيقها حتى الآن في التحليل النفسي. وتعريفات الصراع التي تم عملها في OPD لا تستند على الفرضيات التحليلية النفسية النمائية النفسية التقليدية.

تقول إحدى الفرضيات الأساسية للنظرية التحليلية النفسية التقليدية بأنه في المراحل الحساسة من النمو تتبلور تشكيلات محددة من السلوك والطبع (جدول 3).

وقد تم تصنيف مواضيع الصراع التقليدية، من نحو الصراع (الكفاح) من أجل القرب والبعد، الأمان و الرعاية أو السيطرة مقابل الخضوع. و كذلك موضوع الصراع الأوديبي ضمن أطوار محددة من النمو. ويفترض لتأثيرات (تثبيتات Fixations) أطوار النمو أن تتجلى في بنية طبع مطابقة أو في اضطراب مطابق. إلا أن البحث لم يتمكن حتى الآن من إيجاد برهان على أنه توجد "مرحلة" يتم فيها تبلور تشكيلات محددة من السلوك والطبع. ومن هنا ينبغي أن يتم التخلي عن "نموذج –التثبيت–النكوص - Fixation Regression-Model" ليحل محله نموذج النمو المستمر (Schluesser & Bertl-Schluesser,1992). و كانت آنا فرويد Anna Freud قد طرحت مثل هذا النموذج من خلال فرضية النمو المستمر المرهق تحت تأثير مراحل النضج المحدودة زمنياً بشكل خاص. "وبهذا فإنه لا يمكن فهم نشوء المرض النفسي Psychopathology إلا من

خلال تراكم acculturation أنماط التفاعل المرضية pathological Interaction musters ، التي يأخذ فيها المرء سلسلة التأثيرات المتفاعلة بعين الاعتبار" (Kaechele,1089).

وقد تم تجنب استخدام المصطلحات التحليلية النفسية بقدر الإمكان (من نحو صراع فمي أو شرجي على سبيل المثال) بسبب التخلي عن الفرضيات النفسية النمائية والغموض الخاص بالمدارس. ونموذج الصراع الذي يستخدمه OPD كحجر أساس له هو نموذج خبرات التفاعل المشحونة بالصراع لإنسان ما، ويمكن استخلاص هذه الخبرات بدءاً من الظاهر (فينومينولوجيا phenomenology[1]) (السطح) وانتهاءً بمعناها اللاشعوري.

ويتم توضيح عواقب الصراعات المستمرة زمنياً من الناحية الإكلينيكية :

1-1التعلق مقابل الاستقلال.

1-2الخضوع مقابل السيطرة.

1-3الرعاية مقابل الاكتفاء الذاتي autarky

1-4صراعات قيمة الذات (مفهوم الذات) (صراع نرجسي، قيمة الذات مقابل قيمة الموضوع)

1-5صراعات الأنا الأعلى والذنب (ميول أنانية مقابل الميول الاجتماعي prosocial)

1-6صراعات أوديبية-جنسية

1-7صراعات الهوية (الهوية identity مقابل عدم الانسجام dissonance).

1-8غياب إدراك الصراع والمشاعر.

[1] الفينومينولوجيا؛ علم الظاهرات: «أ» فرع من العلم يبحث في وصف الظواهر وتصنيفها. «ب» الدراسة الفلسفية لتطور العقل. «ج» الوصف العلمي للظاهرات الواقعية مع اجتناب كل تأويل أو شرح أو تقييم.

ويتم استخلاص الصراعات من الوصوفات الإكلينيكية لأنماط الخبرة والسلوك القابل للإدراك. وغالباً ما ترتبط الصراعات مع انفعالات موجِّهة (مثال: الغضب في الاعتلال النرجسي)، وغالباً ما ينبثق مباشرية الصراع من خلال فهم النقل والنقل المعاكس. فالصراعات تتجلى في المجالات الحياتية المهمة لإنسان ما. ومن بين هذه المجالات اختيار الشريك، وسلوك الارتباط والحياة الأسرية، مجال الأسرة المصدر، ومجال العمل و المهنة كله، وسلوك العلاقة والمجال الثقافي الاجتماعي المحيط وخبرة المرض. ويمكن بناء فرضية الصراع في جلسة دراسة الحالة من خلال المادة البيوغرافية ومن خلال المشهد (التصوير) scenic، ومن خلال النقل والنقل المعاكس. ويساعد الاسترشاد بالأنماط المتكررة من الصراعات و السؤال عن مفهوم الذات (أي إنسان أنت، فأنت تعرف نفسك منذ زمن؟). وتعد تلك الصراعات التي تمتلك أولوية بالنسبة للمعالجة العلاجية therapeutically Treatment ذات أهمية علاجية.

وتكملة لهذه الصراعات المستمرة زمنياً تنشأ على خلفية الضغوط العنيفة المغيرة للحياة **"ضغوطات الحياة الخارجية المشحونة بالصراع"**. وتترافق هذه الصراعات بعمليات تمثل داخلية، غالباً ما تثير تنازع للمشاعر و تصورات وخبرات –ولكن من دون أن يتوفر صراع لاشعوري مستمر زمنياً.

جدول (3): التصويرة النظرية لأطوار النمو والصراعات و صور الأمراض و بنى الطبع التحليل نفسية

طور النمو	مجال الصراع	صورة الصراع	بنية الطبع
الطور القصدي intentional Phases	**القرب**	**اضطراب بنيوي**	**فصاماني** Schizoid

(الأشهر الأولى)			
الطور الفمي (الصفر- 18 شهر)	**الأمان و الرعاية**	**الاكتئاب**	**مكتئب**
الطور الشرجي (1,5- 2,5سنة)	**النظام، السلطة، الضبط**	**عصاب القهر**	**قسري**
الطور الأوديبي (3,5 سنة -6 سنوات)	**الاندماج (التسليم) الجنسي، تنافسية** Rivality	**عصاب التحويل**	**هستيريا**

المحور IV: البنية

تطلق تسمية البنية النفسية على ما يتميز به الفرد في خبرته وسلوكه. وليس بالضرورة أن تسترشد عملية تقدير البنية بالاضطرابات و إنما بالاستعداد الكامن في الإنسان للإحساس والتفكير والتصرف بطريقته الخاصة. وتدل البنية على الأسلوب الشخصي المستمر زمنياً، إلا أنها ليست جامدة وغير قابلة للتعديل، وإنما تستمر عمليات النمو طوال الحياة. ومع ذلك فهناك ثبات مرتفع constancy، بحيث يوجد تداخلات بينها

وبين المفاهيم الأخرى من نحو الهوية identity والطبع Character و الشخصية. وفي التحليل النفسي لا يمكننا إيجاد مفهوم موحد للبنية. ففرويد استخدم نموذجاً وصفياً للبنية Topographical Structure Model (تفاعل الأنا و الهو الأنا الأعلى). وفي البنية العصابية تم تحديد بعض أبعاد الشخصية العصابية بشكل وصفي: البنية الفصامانية schizoid أو الاكتئابية أو القهرية أو الهستيرية. ويمثل أساس هذا التقسيم نموذج دافعياً-نظرياً، يصف الظواهر المميزة لعواقب حوادث محددة من الدافع و صد الدافع. و هنا يوجد تداخل واسع مع الصراعات الفصامانية أو القهرية أو الهستيرية أو الاكتئابية المعروضة أعلاه.

إن تصور الصراع الديناميكي و الأذى النمائي البنيوي عبارة عن تصورات مكملة لبعضها. فكلاهما وجهان لعملة واحدة، لحدث نمائي مركب. فمن الناحية الإكلينيكية يتصف المرضى بعجز بنيوي نمائي و بالذات من خلال قصور في مجال وظائف الأنا، وبشكل خاص تحمل القلق و ضبط الدافع ... الخ. و قد كان وصف ما يسمى وظائف الأنا Ego-Functions حجراً مهماً في فهم طريقة وظيفة الشخص (جدول 4).

ووظائف الأنا هذه هي أساس لتوجيه الذات وتمثل الصراع لدى جميع الناس. أما عمليات الدفاع فهي عبارة عن إجراءات مواجهة لاشعورية وتحقق الشروط للمواجهة مع الصراعات الداخلية والخارجية. وبالتالي فإن آليات الدفاع عموماً ليست آليات غير ملائمة. بل أن الاستخدام المرن لآليات الدفاع أمر ملائم. وعلى عكس نموذج الصراع النمائي (القائل: إن الأعراض هي نتيجة للصراع المتجدد) فإن العطب النمائي ينشأ نتيجة للشروط النمائية، التي لم تمكن إنسان ما من خبرة النضج الكافي وبناء علاقة موضوع مستقرة. ونقصد بعلاقة الموضوع الكيفية التي يقيم فيها الإنسان علاقة بمحيطه ونفسه و بالناس الآخرين (الموضوع Object= الشريك المرجعي). وبهذا فإن المقصود كلانية العلاقة المتخيلة و المتجلية في السلوك لإنسان ما. أساسها منذ البداية هي حاجة إنسان ما للعلاقات المثمرة بين إنسانياً. وتتجلى اضطرابات هذا النمو في إعطاب وظائف الأنا ومنظومات الذات Ego-Functions and Self-Systems. ويمكن تقسيم منظومة

الذات في تنظيمه إلى تقدير الذات (نرجسية تقدير الذات sense of Self-esteem narcissism) و منظومة هوية الذات Self-Identity System. وترتبط الأوضاع الخالية من الأعراض بالإحساس بالراحة و مشاعر الأمان. ويعد امتلاك الثقة بالنفس self-confidence والاعتماد عليها self-assurance والصورة المستقرة constant Image عن الماضي الشخصي الشروط الأساسية للصحة النفسية.

ويتبع التحديد (القياس) المحقق في OPD للبنية مبدأ ديناميكياً نفسياً تكاملياً، إلا أنه يتخلى عن استخدام المفاهيم التحليلية النفسية الموروثة (وذات المعاني المتعددة على الأغلب) كما هو الأمر في مجال الصراع، من أجل جعل قياس سلوك وخبرة المريض والمعالج في الموقف التشخيصي أقرب للملاحظة قدر الإمكان. ويتم اعتبار البنية النفسية هنا على أنها بنية الذات في العلاقة Structure of Ego in Relationship.

جدول (4): وظائف مختارة للأنا	
اختبار الواقع (الإدراك)	**القدرة على تقويم المثيرات الداخلية والخارجية بشكل مناسب.**
وعي الواقع (العالم والذات)	**الخبرة الداخلية المطابقة للعالم الخارجي/ الداخلي مع الحفاظ على حدود الأنا.**
ضبط الدوافع	**القدرة على توجيه المشاعر والدوافع.**

القدرة على علاقة الموضوع	**القدرة على إقامة الاتصالات، و الحفاظ على العلاقات و بنائها بشكل متبادل.**
وظائف دفاعية	**الاستخدام الملائم لآليات الدفاع.**

ومن خلال الوظائف الستة الأساسية الملاحظة يمكن تمييز أو تحديد البنية الكامنة خلفها:

1. القدرة على إدراك الذات.
2. القدرة على توجيه الذات.
3. القدرة على الدفاع.
4. القدرة على إدراك الموضوع.
5. القدرة على التواصل.
6. القدرة على الارتباط.

ويتيح مقدار ونوعية القدرات أو الاضطرابات الكامنة خلفها التمييز بين مستويات مختلفة من التكامل للبنية: متكاملة بشكل جيد، ومتوسطة و ضئيلة و غير متكاملة. وبهذا فإنه من الممكن وصف متصل يتحرك بين الأقطاب المتطرفة للبنية الناضجة، السليمة حتى البنية الذهانية (جدول 5).

جدول (5): مستويات مختلفة من تكامل البنية	
بنية متكاملة بشكل جيد	الوظائف الأساسية المنظمة لذات مستقلة، الحياة الداخلية منظمة (مبنية بشكل جيد) (الصراعات ممكنة).
بنية متكاملة بشكل معتدل	الهوية غير أكيدة و الامتلاك للوظائف المنظمة منخفض (انفجارات الدافع، دفاع صارم، تواصل مضطرب، صور موضوع داخلية قليلة الثبات).
بنية متكاملة بشكل ضئيل	هوية مشتتة Identity diffusion مع وظائف تنظيمية مقيدة بشدة/ مفقودة.
بنية غير متكاملة (ذهانية)	ذوبان حدود الذات-الموضوع

المقابلة التشخيصية في إطار التشخيص السيكوديناميكي الإجرائي

لا يمكن الاستغناء عن المقابلة التشخيصية التفصيلية من أجل تقدير المحاور الخماسية المختلفة. ويعد تقبل المدخل التحليلي النفساني و الخبرات في تقنيات المقابلة السيكودينامية الأولى و خبرات كافية في العلاج والعلاج الذاتي شروطاً لإجراء مثل هذه المقابلة. ويقوم التشخيص على المادة المشهدية و الإخبار اللفظي القابل للملاحظة. وهكذا يتم الجمع بين عناصر المقابلة التحليلية النفسية الأولى و دراسة الحالة العلم نفس أعماقية البيوغرافية. أما الخط الموجه فهو محدد على نحو المقابلة شبه المقننة، إذ ينبغي في البداية أن تجري الجلسة بشكل حر إلى مدى بعيد و في أثناء المجرى التالي يمكن أن تنبثق ضرورة الاطراد في البنائية.

1. المرحلة الأولى (الافتتاح):

هدف الجلسة والإطار الزمني.

عرض الشكاوى.

الأسئلة المفتوحة تعطي المريض الحرية:

"لم نتحدث بعد عن الجنسية" .

ويمكن الحصول على الإشارات الأولى حول خبرة المرض و شروط العلاج. وكذلك يتم هنا تحديد شدة درجة المرض السيكوسوماتي وضغط المعاناة عند المريض.

2. المرحلة الثانية (عروض العلاقة)

يتم قياس (تحديد) العلاقة بالمقابل (الذي يجري المقابلة) في عرضها المشهدي (طور علاقة المعالج-المريض). ويلجأ القائم بالمقابلة إلى الوصوفات اللاحقة للعلاقة الأولى كدلالات و يسأل عن مواقف العلاقة النمطية (الأطوار Episodes):

"لم أفهم علاقتك بأمك بعد بشكل جيد، ربما يمكنك إعطائي مثال من مؤخراً".

3. المرحلة الثالثة (خبرة الذات و المجالات المهمة من الحياة):

كيف يرى المريض نفسه وسلوكه في الحاضر والماضي. "كيف ترى نفسك اليوم؟ كيف كنت في السابق؟".

وهنا لا يتم توضيح الفهم الراهن للنفس فحسب وإنما الصراعات في التعامل مع الآخرين و الهوية الذاتية للفرد.

4. المرحلة الرابعة (خبرة الموضوع و إدارة الحياة):

هنا يتعلق الأمر بالسؤال كيف يرى ويقدِّر المريض الناس الآخرين في هنا و الآن و هناك و في ذلك الوقت.

5. المرحلة الخامسة (الدافعية للعلاج و شروط المعالجة و القدرة على الاستبصار):

في هذا الطور لابد من تحديد المشكلة الرئيسية للمريض وتنفيذ الأفكار الأولى المشتركة مع المريض. لابد أن يحصل المريض على توجيه حول الإجراءات اللاحقة.

سنوضح هذا التشخيص متعدد المستويات لـ ODPمن خلال مثال عيادي. حضرت السيدة هناء للاستشارة العلاجية النفسانية. فهي تعاني منذ سنوات كثيرة بشكل يومي من إسهال و أوجاع بطن. وقد بدأت الأوجاع منذ ازدياد الصعوبات الزوجية حدة: لقد خانها زوجها مع نساء أخريات و كان يشتمها باستمرار: "أنت حقيرة سوف أحطمك". لم ترد إدراك مغامراته النسائية، إلا أنها عانت بشدة من الشتائم. وعندما تفاقم الوضع باطراد، إلى درجة أن زوجها قذفها بأشياء، لم تعد قادرة على إنكار الموضوع وقامت بسحب كفالة كبيرة لشركته. ومنذ ذلك الحين أغرقها بسيل من الكره، وانفصل عنها في النهاية. وبدأ وقت من المعاناة الرهيبة بالنسبة لها. ولم تجد الشجاعة على تقديم طلب انفصال وطلاق إلا في وقت لاحق. الزوج مهندس ناجح جداً يعمل عملاً حراً. وقد قامت بترتيب كل الأمور المالية له. ترك الابن الأكبر السكن منذ سنوات عدة و لا يستطيع تفهم تصرفات والده أبداً. تعرفت المريضة على زوجها أثناء فترة دراسته. كان في نفس عمرها، وتقدم لخطبتها ومنذ ذلك الحين نشأت "علاقة رعاية": إنها تهتم به، مولته مادياً أثناء الدراسة و كانت مستعدة دائماً لكل شيء. وتصرفت دائماً بشكل متلائم وضحت بكل شيء في سبيل الأسرة و كانت أقرب للانسحاب عند وجود نزاعات أسرية، في حين ازدادت عدوانية واندفاعية زوجها اطراداً. لم يشارك أبداً في تربية الأولاد و شعر أن ابنه منافس له في الرعاية الحامية. فهو

الذي يحتاج للرعاية والاهتمام، وهي كانت المتبرعة في ذلك.

وفي أثناء الجلسة قدمت المريضة العلاقة بين الشكاوى ووضعها الحياتي، إلا أنها حاولت في الوقت نفسه التشكيك مراراً متسائلة فيما إذا كان هذا الدواء أو تلك الحمية قد تفيد أو فيما إذا كان من المفترض لها أن تجري فحوصات طبية أخرى. لقد بدت غير واثقة، ومشحونة بالذنب، وصولاً حتى اتهام الذات (أليس الذنب ذنبي في فشل زواجي؟) و أثارت في المقابلة مشاعر مثل "على الإنسان أن يتعامل معها برعاية، أن يخفف عنها الذنب". والمريضة تتحكم بوضعها الاجتماعي الراهن، ومن هنا فهو لا يشكل مشكلة.

وظهر من تاريخ الحالة -كنمط تكراري repetitive- الطموح المستمر لرعاية الآخرين، من أجل الحفاظ على علاقة وثيقة. ولكن من ناحية أخرى توجد مخاوف من عدم تلبية هذا السعي بالشكل الأمثل، وتميل إلى إلحاق الذنب لذاتها و الفشل. **بنيوياً** أظهرت المريضة بنية جيدة التكامل، وأتاح التشخيص الإكلينيكي حسب الآي سي دي-العاشر ICD-10بوضوح تشخيص اضطراب وظيفي مستقل من الشكل الجسدي للجهاز المعدي معوي (32 .gastrointestinal TractF(45. يمكن تصنيف **طريقة العلاقة relationship modus**على النحو التالي: تشهد المريضة مراراً أنها تساعد الآخرين بشكل خاص، ترعاهم و تحميهم، وتنسحب أو تقلل من تقديرها لنفسها، ويشعر الآخرون (الآخر في هذه الحالة هو زوجها) أن المريضة تطرح

مطالب وحاجات.

فإذا ما تتبعنا جذور نمط العلاقة هذا و الصراعات في البيوغرافيا، فسوف تتضح الصورة:

ولدت المريضة وترعرعت في قرية صغيرة. عاد الأب مكسوراً ومريضاً من الحرب. وكانت الأم سيدة قوية محبة للحياة. أرادت طوال حياتها أن تحقق شيئاً، وكان عليها أن تعمل باستمرار، كي ترعى أسرتها. كانت المريضة في طفولتها أغلب الوقت مع جدتها. وتعتقد أن أمها التي كانت تدير محلاً صغيراً لم تكن تملك الوقت لها و أنها لم تكن ترغب برعاية ابنتها أصلاً . كانت الجدة مكتئبة بشدة، وتبكي كثيراً . ولكنها كطفل لم تعرف أبداً ما "الأمر". كان الجد من ناحية الأم شرطياً، رجلاً محترماً ومعتبراً في القرية. وتم اعتقاله من الأمريكيين بعد الحرب، وكان على الأسرة أن تخلي البيت التابع للشرطة. عانت الجدة من هذا المرض بشدة . وكان على المريضة أن تنام مع جدتها في غرفتها لمدة سنة "لتدير بالها" عليها. كانت الجدة تبكي كل ليلة تقريباً و حاولت الانتحار مراراً. وتم حث المريضة ثانية من الجميع على الانتباه أكثر على جدتها. وفي يوم من الأيام علقت الجدة نفسها في خشب السقف، وكل من في القرية واسى الأم، ولكن ولا أي واحد منهم أحس كم عانت المريضة من مشاعر الذنب بأنها فشلت. وتجدد هذا الذنب باستمرار عبر سنوات طويلة في إطار الزوجية: تساءلت المريضة فيما إذا كانت قد تسببت بفشل زواجها بسبب "قلة عطائها"، وما الذي كان عليها أن تفعله بشكل مختلف

لتنقذ زواجها.

الصراعات المحددة للحياة ظهرت في: مشاعر ذنب الأنا العليا، واتجاه غيري altruistic عاشت فيه السيدة هناء نفسها بأنها متبرعة بالرعاية و حاملة المسؤولية تجاه الأسرة. وكان شعار الحياة عندها: أنا أفعل كل شيء للآخرين كي لا يجد أي واحد شيئاً ما يتهمني به. ولم تستطع تحمل الانفصال الذي قام به زوجها، "لأنني أريد أن يكون الآخرون محتاجين لي".

إشكالية الذنب تتجذر في التاريخ المأساوي للأسرة، تم تحميلها فيه فوق طاقتها كفتاة نامية وعاشت فيه انتحار الجدة بأنه فشلها الخاص. وكل خرق، كل مخالفة ضد الميول الاجتماعية أثارت لديها مشاعر الذنب. كما أنها عاشت فشل العلاقة في تأملاتها دائماً على أنه فشلها الذاتي وتكاد لا ترى الجراح الشديدة التي سببتها لها الأسرة. في إطار العلاج القصير الأمد تم تحديد كلا هذين المجالين من الصراع و نمط العلاقة البين شخصية كبؤرة علاجية. و تم تحقيق تحفيز لإعادة التوجه ومعالجة النمط المشحون بالصراع على خلفية علاقة علاجية نفسية ثابتة.

الفصل الخامس

التشخيص العلاجي السلوكي

St. Fliegel

سمات التشخيص العلاجي السلوكي

يرتبط التشخيص والعلاج في الأسلوب العلاجي السلوكي مع بعضهما ارتباطاً وثيقاً. فمجرى العلاج السلوكي هو عبارة عن عملية يتم فيها إثبات أو تصحيح بل حتى دحض الفرضية المطروحة أثناء التشخيص.

ويحتل تحليل المشكلة مركز الصدارة في العلاج السلوكي، حيث يتم من خلاله في البداية وصف العلاقة بين شروط المشكلة النفسية على شكل فرضيات. ومن تحليل المشكلة هذا يتم اشتقاق الأهداف والخطة العلاجية.

لاحقاً يتم تقويم التشخيص ذي التوجه العلاجي السلوكي Behavioral therapeutic oriented Diagnosticفيما إذا كان يقدم معلومات ضرورية قابلة للاستخدام بالنسبة للقيام بتحليل للمشكلة ولاحقاً لاختيار وإجراء الأساليب العلاجية السلوكية.

ومن أجل فهم التشخيص العلاجي السلوكي لابد من القيام بتوضيح الموقف مرة أخرى.

فوفقاً للتصور العلاجي السلوكي يتحدد السلوك الإنساني من خلال تاريخ التعلم الشخصي (وبشكل خاص الاجتماعي) الماضي و من خلال الشروط الموقفية الراهنة و

من خلال عواقب السلوك المعني. ولابد من تحديد تفاعل السلوك القابل للملاحظة والاستعرافات و الدوافع و الأطر الاجتماعية بالنسبة للاستجابات الإنسانية و الحكم في إطار التحليل العلاجي السلوكي للمشكلة بداية على أساس السؤال حول ماهية العوامل في الوقت الراهن الكامنة خلف المشكلة و التي تحافظ على استمراريتها.

ومن وجهة النظر العلاجية السلوكية فإن الشخصية الإنسانية تعني "القدرة الكامنة على الاستجابة" potential Reaction ability، أي الاحتمالية التي يبدي فيها شخص ما نزوعات سلوكية واستجابية Behavioral-and Reaction Tendency. وهذا يتعلق بدرجة كبيرة بطبيعة الموقف. ومن هنا فإن التشخيص العلاجي السلوكي يطمح من خلال إجراءاته إلى الملاحظة والتحديد المباشرين لأنماط الاستجابات.

يتم تصنيف المبادئ العلاجية السلوكية في العادة بشكل أقرب لمبدأ العينات (على عكس المبدأ العنقودي أو التجميعي). وهنا يفترض أن أنماط السلوك التي يتم تحديدها تمثل عينة من سلوك الشخص. وتتم بالنسبة للمشكلة المعنية محاولة تحديد أنماط السلوك المميزة للشخص (من نحو أنماط السلوك الخوافة في المواقف المختلفة، التصرفات القهرية، استجابات الهرب من المواقف الجنسية الضاغطة على سبيل المثال). ومن البديهي أنه ليس بإمكان المعالج السلوكي تحديد كل استجابات القلق أو الاستجابات القهرية أو الجنسية لشخص ما. لهذا تتم محاولة تصميم الموقف التشخيصي بحيث يقدم المرضى هنا عينة من سلوكهم بشكل مثالي.

ففي المبدأ العلاجي السلوكي إذاً يتم النظر لاستجابات وأنماط سلوك المرضى على أنها جزء من الذخيرة السلوكية وذخيرة الاستجابات Behavior-and Reaction repertoireوليس على أنها دليل على الاضطراب الكامن خلفها. ومهمة المعالج هنا تكمن في التحديد الدقيق قدر الإمكان لعينات من السلوك المشكل.

وفي حين تبحث الأساليب التشخيصية ذات التوجه العلم نفس أعماقي البنى الفرضية للشخصية، التي تفيد من جهتها في التنبؤ بالسلوك الفعلي، فإن المبدأ التشخيصي

السلوكي يتبع الملاحظة المباشرة قدر الإمكان لأنماط السلوك المعنية نفسها. وبهذا ترتفع موثوقية نوعية التنبؤ بالسلوك الإنساني، فهنا لا يوجد إلا القليل جداً من التفسير.

♦إلا أنه لابد من ملاحظة أن الفروق بين التشخيص التقليدي والتشخيص النظري السلوكى لم يعد واضحاً و محدداً بالشكل الذي كان فيه في ثمانينيات القرن العشرين. فالتغيرات في الممارسة العلاجية السلوكية قد قادت إلى تغيرات في التشخيص العلاجى السلوكى. ولم تعد بعض الفروق الأصلية واضحة ذلك أن التشخيص القائم على أساس النظرية السلوكية لم يعد متجانساً بشكل عام، ويستخدم أساليب من التشخيص "التقليدي"♦

العملية العلاجية التشخيصية في العلاج السلوكي

يسير الإجراء التشخيصي في العلاج السلوكي بشكل أساسي وفق تحليل الأسباب/ العوامل، المساهمة حالياً في نشوء و استمرارية المشكلات السلوكية. ويسترشد العلاج هنا بالتدخل العلاجي-العملي practical-therapeutically Act. ويؤثر البحث عن المظاهر المهمة في البيئة و السلوك و الأفكار و الخبرة لدى المرضى في المجرى اللاحق للعلاج تأثيراً مباشراً على اختيار الطرق والإجراءات المناسبة التي يتم اختيارها لتعديل الشروط الإشكالية المحافظة على استمرارية الاضطراب.

ويمكن فهم الإجراء التشخيصي-العلاجي بمعنى مبدأ حل المشكلات على النحو التالي:

1. **وصف المشكلة**: ما هي المشكلة (اسم المشكلة)؟
2. **تحليل المشكلة**: ما هي الأسباب الراهنة المحافظة على استمرارية المشكلة؟
3. **تحليل الأهداف التي ينبغي تحقيقها**: ما الذي يفترض إحداثه/ تحقيقه من خلال العلاج؟

4. **تخطيط الأساليب العلاجية** التي ينبغي استخدامها من أجل تحقيق الهدف العلاجي: ما هي الأساليب العلاجية السلوكية التي ستستخدم علاجياً و بأي تسلسل من أجل تحقيق الأهداف العلاجية؟.
5. **تنفيذ التدخلات العلاجية.**
6. **تجريب و تقويم الخطوات المنجزة.**

إلا أن التشخيص العلاجي السلوكي يتم بشكل خاص في النقاط (1) و (2) و (3) و (6).

ففي طور **وصف المشكلة** يتم تحديد مجالات المشكلة ذات الصلة بالنسبة للتعديل العلاجي. وتشكل البيانات التي يعطيها المريض أو شخص مرجعي أساس وصف المشكلة، التي تسبب للمريض نفسه أو لمحيطه ضغطاً بالمعاناة. ويتم تحديد ما هي المشكلات التي تتطلب التعديل فيما يتعلق بتكرار ظهورها و شدتها و مدتها والظروف التي تظهر ضمنها.

وفي **تحليل المشكلة** يتم وبناء على المعلومات المتوفرة صياغة فرضيات حول الظروف الاستعرافية والوظيفية و الدافعية و المنظومية ... الخ ذات الأهمية بالنسبة لاستمرارية المشكلة ونشوئها المبكر.

ويعد **الوصف الواضح للهدف** (تحليل الأهداف العلاجية) شرطاً ضرورياً جداً بالنسبة للاستخدام الفاعل للتدخلات العلاجية. وهنا لابد من الانتباه بشكل خاص إلى وجود تطابق بين أهداف المعالج والمريض. فبعد فحص مشترك لقابلية الأهداف للتحقيق يتبنى المعالج في العادة أهداف المريض.

وفي **تخطيط التعديلات** يفترض أن يتم من خلال التشخيص العلاجي السلوكي توضيح ما هي أكثر الوسائل العملية من أجل تحقيق التعديلات/ الأهداف المرغوبة لدى هذا المريض بالتحديد. وطبقاً لتعريف المشكلة (تحليل المشكلة) و تحديد

الأهداف(تحليل الأهداف) لابد من الوصول إلى تحديد أين يمكن استخدام التدخلات العلاجية و ما هي النقاط الأساسية التي تمتلك أكبر احتمال للنجاح فيما يتعلق بالأهداف العلاجية.

وهنا يمكن للتدخلات على سبيل المثال أن تكون:

- تعديلات في الظروف المحيطية،
- تعديلات لمستوى واحد أو عدة مستويات من السلوك المشكل (المستوى الاستعرافي، السلوكي، الانفعالي، الحركي، الفيزيولوجي)،
- تعديلات للمواقف أو المعززات،
- تعديلات توجيه الذات عند المريض (إدارة المريض لذاته)،
- تغيرات فيما يتعلق بأهداف الأفعال، البرامج، التوقعات، التقويمات.

في أثناء العلاج السلوكي يعد الضبط (الفحص) المستمر للعلاقة بين الحالة البدئية و الحالة الراهنة مهماً (قياس التعديل و تقويم التعديل). وتشكل نتائج هذا التشخيص المرافق للعلاج (أنظر ملاحظة السلوك) أساس القرار فيما إذا كان يمكن إنهاء العلاج أم سيستمر وفق الخطة أم فيما إذا كان لابد من إجراء تعديلات في العملية. فإذا لم تظهر في العملية العلاجية السلوكية التأثيرات المرغوبة فلا بد من فحص ملائمة المجالات الجزئية التالية باستخدام الطرق التشخيصية وتعديلها في مقتضى الحال:

- اختيار واستخدام طرق التأثير،
- تحليل الأهداف العلاجية،
- تحديد المشكلة و تحليها.

ويتضح من ذلك أنه يمكن اعتبار العملية التشخيصية العلاجية كلها في العلاج السلوكي عملية فحص و تغذية راجعة مستمرة، يخضع فيها اختيار المشكلة والفرضيات

المبنية حول ظروف المشكلة و أهداف التعديل المحددة و طرق التدخل المنبثقة عن ذلك للفحص والتعديل المستمرين.

كما تشكل إمكانات التعديل في عملية التغذية الراجعة المذكورة مظهراً مهماً للعلاقة العلاجية. فالمعالج يأخذ المرضى على محمل الجد في كل لحظة من العلاج وذلك بالنظر لقدراتهم و حالة إحساسهم الراهن. إنه "يتم إحضارهم" من المكان "الموجودين فيه الآن". فإذا ما كان هناك أجزاء محددة من المشكلة أو شروط محافظة عليها أو رغبات لأهداف أخرى لم تزل (بعد) غير معروفة للمريض، لأن المريض لم يفصح عنها بعد أو يشعر بالثقة بعد فيمكن للمعالج أن يطمئن إلى أن المريض سوف يخبر أو يستشعر هذا في مجرى العلاج بقدر كاف من الكفاءة المهنية والحساسية. وحسب التفكير السلوكي العلاجي ينبغي عدم النظر "للاضطرابات" في مجرى العلاج على أنها "فشل" أو أخطاء في التخطيط أو مشكلات علاقة، وإنما كفرصة للإكمال أو للتعديل بمعنى في صورة عملية علاجية تشخيصية. وعلى شكل منحنى إرجاعي يمكن عندئذ (إعادة) استحضار طور آخر في نموذج العملية. وأخيراً تقود مثل هذه المنحنيات الإرجاعية التي يمكن أن تظهر مراراً في مجرى العلاج إلى رؤية وتعديل شاملين للمشكلة التي أحضرها المريض أو محيطه أو لظروف المشكلة المصاغة.

♦ومن أجل توضيح التشخيص العلاجى السلوكى سوف نقوم فيما يلى بعرض أوسع لتحليل المشكلة بوصفه جوهر العلاج السلوكى و الأساليب المستخدمة للحصول على المعلومات و التشخيص من أجل ضبط العلاج. وسيعقب ذلك عرض لمظاهر العلاقة العلاجية في الطور التشخيصى. ♦

تحليل المشكلة –جوهر العلاج السلوكي

يتعلق نشوء واستمرار مشكلة ما أو غياب أو منع السلوك المرغوب بشروط (ظروف) محددة، ينبغي تحليلها في الطور التشخيصي.

وتحليل المشكلة هو عبارة عن النتيجة الناجمة عن استخدام الطرق التشخيصية المختلفة (أنظر أدناه). ففي تحليل المشكلة يتم بداية وصف المشكلة النفسية و تقسيمها في مقتضى الحال إلى مجالات فرعية من المشكلات (1) و ختاماً يتم صياغة فرضيات حول ماهية الأسباب الراهنة المسؤولة عن وجود أو استمرارية المشكلات الراهنة (2).

1. ما هي **المجالات المهمة (ذات الصلة) من المشكلات** بالنسبة للتعديل العلاجي؟، ما هي المشكلات التي يعاني منها المريض أو محيطه؟ ما هي المشكلات التي تتطلب تعديلاً نظراً لتكرارها أو شدتها أو مدتها و الظروف التي تنشأ ضمنها؟.
2. ما هي الأسباب ذات الصلة اليوم للحفاظ على استمرارية المشكلة النفسية، ما هي الأسباب الكامنة خلف النشوء المبكر للمشكلة؟

وبما أنه يتم اشتقاق المكون المركزي للعلاج السلوكي و أهداف العلاج و الخطة العلاجية و أساليب التعديل من تحليل المشكلة، فيفترض للمعالج والمريض أن يأخذا الوقت الكافي في هذا الجزء. فكلما كان المريض أكثر قدرة على وصف مشكلته في التفكير العلاجي السلوكي و أكثر قدرة على التعرف بشكل مستقل وبالمساعدة العلاجية على العوامل المسؤولة عن وجود المشكلة وصياغتها، أمكن توقع حدوث استبصار أكبر ودافعية أكثر بالنسبة للمجرى العلاجي اللاحق من جانب المريض.

في التعاون العلاجي عادة ما يتم القيام بالإجراء التالي عند القيام بتحليل المشكلة:

- يتم تقسيم **المشكلة الكلية** (من نحو اضطرابات العمل على سبيل المثال) إلى **مشكلات فرعية** (على سبيل المثال: الانخفاض في التركيز، القلق من الفشل،

صعوبات الدخول في النوم... الخ).

- بعد ذلك يتم فحص فيما إذا كانت ظروف حياة المريض تسمح **بالتعديل** و فيما إذا كانت الأهداف المرغوبة للمريض قابلة للتحقيق بناء على المعطيات (الوقائع) الخارجية أم صعبة التحقيق أو غير قابلة للتحقيق.

♦ **مثال**: يمكن للسلوك العدواني عند الطفل أن ينشأ نتيجة فقدانه مشاعر الأمان الأسري. ويحتمل ألا يتم التمكن من تعديل السلوك العدواني لهذا الطفل دون وجود الأمان. أو يمكن للسلوك الاكتئابي لدى امرأة ما أن يكون استجابة مناسبة إلى مدى بعيد على الوضع الاقتصادي الصعب و الحالة الاجتماعية الميؤوس منها♦.

- يتم فحص الأضرار الجسدية والدماغية الممكنة –حتى تلك التي ليست على علاقة مباشرة بالمشكلات النفسية–، والتي قد تمنع أو تعيق تحقيق الأهداف العلاجية (من نحو اضطرابات النوم المرتبطة عضوياً، أضرار الدماغ، الاستهلاك المفرط للعقاقير، عواقب العمليات الجراحية).
- من هنا يتم وصف **المشكلة النفسية** المنتظر تعديلها بشكل ملموس: إذ يمكن للمشكلات أن تظهر على شكل أنماط سلوك غير مناسبة (من نحو الإفراط في تناول الكحول، استجابات القلق، اللجلجة، البكاء بمزاج اكتئابي). أم تظهر المشكلات لأنه لم يظهر سلوك مهم مقبول وضروري أو لا يمكن إظهاره أو لأنه محاصر (مصدود) (من نحو إقامة اتصال، الحديث مع الشريك حول المشكلات، حفظ النصوص، حدوث انتصاب، الظهور بثقة).
- يتم وصف تطور المشكلات النفسية (**المنشأ** Geneses) والمساعي المتخذة حتى

الآن من أجل مواجهة المشكلة نفسها (إدارة الذات/ ضبط الذات Self-management /Self control).

- بعد ذلك يتم فحص الظروف المحافظة على استمرارية المشكلة، علاوة على ذلك يتم –وذلك حسب نوع المشكلة و كفاءة المعالج– إجراء مداخل مختلفة لتحليل المشكلة: التحليل الوظيفي ، التحليل الاستعرافي، تحليل الدوافع، تحليل التفاعل... الخ. وسوف نقوم فيما يلي بوصف هذه الأشكال من التحليل بشكل مختصر.

التحليل الوظيفي

يشكل التحليل الوظيفي Functional Analyses أساس العلاج السلوكي التقليدي. وهو يقوم على نظريات التعلم و يبحث العلاقات بين تلك المتغيرات القابلة للقياس والتعديل المباشرين والتي هي على علاقة مباشرة بالسلوك المشكل.

والنقاط التالية تشكل أساس إنجاز التحليل الوظيفي للشروط:

- وصف السلوك الأعراضي Symptomatically Behavior(R)،
- تحديد الظروف المثيرة السابقة والتالية (S and C)،
- تحديد متغيرات العضوية المهمة (O) و إمكانات الضبط الذاتي بالنسبة للسلوك المشكل من خلال المريض (SC).

فإذا ما تم اعتبار المشكلة على أنها رد فعل استجابي respondent Reaction، فلا بد من أن يكون قد حدثت عملية تعلم على شكل إشراط تقليدي. وهذا يعني أن احتمال ظهور سلوك مشكل محدد قد ازداد أو انخفض من خلال استجابات المحيط أو شروط التعزيز الذاتي التي تعقب هذا السلوك (العواقب Consequences)

وبعد طرح النموذج الإشراط للأعراض symptomatic conditional model المتضمن الشروط المحافظة على الاستمرارية بالنسبة للاستجابة، يتم الحصول على

معلومات أخرى من أجل فهم الإشكالية الراهنة من خلال وصف المنشأ العرضي Symptom geneses والعلاقة بين المجالات المختلفة من الأعراض.

أما هدف التحليل الوظيفي فهو إيجاد ماهي "النوعية الوظيفية Functional Quality" التي تحتلها الاستجابة (R)، إما في سلوك استجابي respondent Behavior كمثيرات منبهة producing Stimulus (S) أو في السلوك الإجرائي كتعزيز إيجابي أو سلبي (C) ، أي أنه يتم طرح فرضية S-O-R-S-C-C مناسبة بالنسبة لهذا المريض، وطبقاً لذلك يتم التخطيط لإجراء تعديلات في المثير S أو النتيجة C، التي يكون تأثيرها موجهاً على تحليل هدف تعديل تكرار R.

> ♦ طرح عدد من الباحثين في السنوات الأخيرة مجموعة من النماذج الموسعة لتحليل المشكلة، تأخذ بعين الاعتبار التطورات والتوسيعات المفاهيمية للعلاج السلوكي في السنوات الخمسة عشرة الأخيرة. ويتم التركيز هنا على تحليل شروط الإطار و تحليل الاستعرافات و تحليل الدافعية و أهداف التصرف و تحليل العلاقة. ♦

وتقدم التحليلات في مقتضى الحال معلومات حول الظروف (المحافظة على الاستمرارية) للمشكلة (تشخيص الظروف)، و التي تتوفر طرق أو استراتيجيات علاجية من أجل تعديلها و التأثير عليها. وبهذا فإن المشكلة التي يمكن عزوها إلى مثل هذه الظروف تكون قابلة للحل من حيث المبدأ.

تحليل شروط الإطار (الظروف المحيطة)

الهدف هو تحديد كل الظروف الخارجية المؤثرة على تكرار أو شدة أو مدة المشكلات. وهنا ليس المقصود تحديد الظروف التي "توجه" الظهور الراهن لسلوك

المشكلة وقتياً و وظيفياً، وإنما المقصود الظروف المحيطية الدائمة التي يمكن أن تؤثر على فرص نجاح العلاج. ومن بينها على سبيل المثال الأمراض الجسمية، الظروف المحيطية المحفزة للضغوط و المرهقة.

تحليل الاستعرافات

أسهم تحليل الاستعرافات Cognition analyses في تطور العلاج السلوكي باتجاه "العلاج السلوكي الاستعرافي". وفي هذا الإجراء يتم تحليل الأفكار و التصورات (بالمعنى الأقرب للبنائي) التي تحفز المشكلة و تحافظ على استمراريتها.

- الاستعرافات المختلة الوظيفة
- الأفكار اللاعقلانية.
- غياب استعرافات المواجهة.
- نقص المعلومات.

وعليه يمكن للأفكار حول المشكلة أن تكون خطأ أو مفرطة في المبالغة أو أحادية الجانب (ضيقة الرؤية) و تستثير مشاعر غير مرغوبة و تصعِّب السلوك المرغوب، ويمكن أن للأفكار حول مواجهة المشكلة أن تغيب، أو يمكن أن توجد معارف خطأ أو ثغرات في المعارف المتعلقة بالمواضيع و العلاقات والتسبيبات.

.

- ♦ **مثال:** "لن أستطع إنجاز ذلك؛ فسوف يعود الخوف ثانية"، "كل ذلك يحدث لأني لست نافعاً"، "ولدت لأرتكب الأخطاء فقط"، "يقود مثل هذا النوع من تسرع القلب إلى الذبحة الصدرية".

مثال حول وجود استعرافات المواجهة: "حتى عندما أشعر بالخوف فلن أدع ذلك يثبطني. لن يحدث لي شيء سأستمر. ♦

تحليل الدافعية

في تحليل الدافعية يتم القياس التشخيصي لأهداف التصرف و منظومات التقويم عند المرضى. وهنا يتم فحص إلى أي مدى الأعراض ضرورية من أجل الوصول إلى حل للصراع أو لدعم صورة الذات الراهنة أو للحماية من الضغوط الأخرى الصعبة أو المواجهات مع الآخرين. ويمكن القول بلهجة عامية بأن المريض "يحتاج" للأعراض، يحتاج لاكتساب المرض. وفي بعض الحالات الفردية قد يصيب "المكسب" (من أجل التقاعد المبكر على سبيل المثال أو للحصول على تعويضات عن ضرر ما). إلا أننا عادة ما نعيش الحماية من صراعات الأهداف ومن المواجهة مع الصراعات و من فرط المطالب أو الحماية من تجديد لصدمة ما traumatize بوصفها أكثر دافع متكرر للحفاظ على استمرارية الإشكالية. ومن هنا يفترض تجنب التعامل الساذج مع مفهوم "المكسب" المرضي.

ومن الدوافع الممكنة يمكن الإشارة إلى:

- إدراك غير واقعي للذات، المبالغة بالتقدير أو التهوين من الكفاءات السلوكية الذاتية أو عواقب السلوك.
- مطالب غير واقعية من السلوك الذاتي، أهداف غير واقعية، ضخمة، مفرطة التعميم، قناعات غير منطقية.
- صراعات الأهداف.
- تجنب الصراع.

مثال: يمكن للخوف من الركوب بالسيارة أن يحميه من "وساوس تحطيم" زواجه.

يمكن لنوبات الهلع أن تتضمن إلى جانب الحفاظ على الاستمرارية من خلال التجنب و الاستعرافات الإشكالية الحماية من فرط المطالب الناجمة عن الضغوط المضاعفة في الحياة اليومية و المهنة

يمكن للاكتئاب الذي يقود إلى أخذ إجازة مرضية أن يحمى من العدوانية من خلال الزملاء.

الاضطراب الجنسى يحمى من المواجهة ومن تجدد معايشة الاستغلال الجنسى (المكبوت اليوم)♦

تحليل العلاقة

في تحليل العلاقة يمكن وكشروط محتملة للمشكلات النفسية استخلاص:

- القناعات الاجتماعية مختلة الوظيفة (المعطوبة) Dysfunctional: معايير الجماعة أو قواعدها، التي يمكن اعتبارها لا منطقية.
- محددات جماعية غير ثابتة: صراعات مصالح وسلطة في الجماعات الاجتماعية المهمة.
- غياب التواصل أو تواصلات مضطربة.

تصورات أخرى

ينظر تحليل المشكلة في العملية العلاجية للإنسان على أنه موضوع مندمج في محيطه الاجتماعي والمادي. إنه قادر على تمثل المعلومات و التفكير بتصرفاته وتفسيرها والتأثير عليها بالشكل المناسب. ويشمل مفهوم "السلوك Behavior" المستخدم في هذا الشكل من التحليل إلى جانب المظاهر الاستعرافية والانفعالية قواعد rules وبرامج plan

الإنسان و قواعد المنظومة الاجتماعية التي يعيش فيها المريض.

ويقسم تحليل المشكلة المتمحور حول عملية حل المشكلة إلى النقاط التالية:

- تحديد المشكلة،
- تحليل وضع المشكلة مع مستوى السلوك في المواقف، ومستوى القواعد والبرامج ومستوى قواعد المنظومة والاستنتاجات بالنسبة لتحليل الهدف وبرنامج التعديل.
- تحليل الهدف.
- البحث عن بدائل الحل وتقييمها وتقويمها.
- تجريب و تقويم مراحل التعديل.

ويهدف تحليل المشكلة الذي طوره غراوه و كاسبر (Grawe & Caspar) إلى الربط بين "مظهر الكفاءة من جهة، ومظاهر الهدف أو الحاجة أو الدافعية من ناحية أخرى في نموذج موحد. وتستند الفرضية الجوهرية على أنه يمكن اعتبار مظاهر السلوك المتكررة بانتظام وببعض الاحتمالية وسيلة تستخدم أداتياً من أجل تحقيق أهداف بين إنسانية مهمة"

وإلى جانب مصادر المعلومات الموصوفة في الفصل الرابع بالنسبة للقيام بتحليل المشكلة يمكن عند استخلاص البرامج في الطور التشخيصي الاستفادة من استجابات الآخرين على سلوك المريض أوالتقارير اللفظية للمريض أو تقارير الآخرين حول سلوكه خارج الموقف العلاجي. مهمة كذلك هي المشاعر و الميول السلوكية التي يستثيرها المريض في المعالج.

وبمساعدة المعلومات المكتسبة يتم بداية طرح فرضية حول: بأي وسيلة ومن أجل أي غرض قد يكون السلوك المشكل. وعلى خلفية بنية البرنامج يمكن:

- بالنسبة للتدخل العلاجي: مناقشة السؤال فيما إذا كانت المشكلات تنشأ لأن

الوسيلة المستخدمة لتحقيق "أهداف واقعية للبرنامج" غير ملائمة.

- بالنسبة للطور البدئي من العلاج: يمكن لمعرفة برامج التفاعل عند المريض أن تكون مفيدة لتنمية علاقة علاجية بناءة و مشحونة بالثقة.

أساليب الحصول على المعلومات (الطرق التشخيصية)

من بين الطرق التشخيصية الإشارة إلى السبر Exploration (المحادثة التشخيصية أو الجلسة التشخيصية أو المقابلة التشخيصية [تسميات مختلفة في اللغة العربية]) والملاحظة و لعب الأدوار و اختبار السلوك و الرسوم البيانية diagrams و دفاتر المذكرات والاستبيانات و أساليب التشخيص الفيزيونفسية. وتكمن وظيفة طرق الحصول على المعلومات في الحصول على المعلومات التي يمكن اعتبارها عينات ممثلة للسلوك المشكل الكلي و ظروفه المحافظة على استمراريته.

وعادة ما يتم اختيار "إجراء متعدد الطرق multi methodical procedures"، من أجل تحقيق الصدق فيما يتعلق بالسلوك المشكل الحقيقي و ظروفه المحافظة على استمراريته.

وسوف نقوم فيما يلي بوصف طرق تشخيصية مختلفة للحصول على المعلومات.

السبر Exploration

يعد السبر أو الاستقصاء أهم أسلوب تشخيصي في العلاج السلوكي، وبشكل خاص في العمل مع المرضى الراشدين: حيث يصف المريض مشكلاته و اضطراباته ويحاول المعالج تنظيم هذه الوصوفات بحيث يمكن الحصول من هذه المعلومات تحليلاً للمشكلة.

♦ يتم سبر مشكلة نفسية محددة بشكل مبنى structured من منظور التحليل الذي ينبغي إنجازه للمشكلة و انتقاء أساليب علاج محددة. ♦

ويتوفر للمعالج من خلال مضامين و تحليل المشكلة مواضيع و مجالات أسئلة، تمثل أساس جلسة السبر. وحسب نوع الإشكالية و الظروف الظاهرة المحافظة على الاستمرارية يتم تصميم الجلسة باتجاه واحد أو أكثر من إمكانات التحليل.

♦فالمسألة تتعلق في السبر إذاً بجمع أكبر قدر من المعلومات ممكن حول أكبر قدر من المجالات الحياتية الممكنة للمريض. والهدف هنا هو التعرف بشكل هادف و مبكر على الظروف المحافظة على الاستمرارية ومغزى الإشكالية. ♦

وتستند المعلومات الناجمة عن السبر في جزء كبير منها على الحاضر، أي على الوضع الحياتي الراهن أو على الظروف المحافظة على استمرارية المشكلة. وتفيد المعلومات من المنشأ genesis، أي من تاريخ النمو على الأغلب في تأكيد الإجابات الراهنة لتحليل المشكلة. كما يمكن أن تكون ذات أهمية من أجل إعطاء المريض صورة جديدة حول إشكاليته وتطورها و الظروف المحافظة على استمراريتها. وفي العلاج النفساني الخارجي [دون الإقامة] يستمر السبر الذي يفترض لمضامينه أن تقود لإنجاز تحليل المشكلة وأول تحليل للهدف، بين الجلسة الواحدة إلى الثلاث جلسات علاجية حسب نوع الإشكالية.

وإلى جانب الوظائف التشخيصية الموصوفة أعلاه يمتلك السبر وظيفة علاجية وتحفيزية.

وتكمن هذه الوظيفة التحفيزية للسبر بشكل خاص في:

- الشفافية، أي في وضوح الإجراء،
- في الاستعداد الدائم للمعالج لمناقشة الإجراء مع المريض وتركه يطرح الأسئلة،
- و في توضيح الوجوه العلاجية و المنهجية للعلاج السلوكي للمريض.

ومن خلال هذا الأسلوب يرتفع أمان المريض في التعامل مع المعالج و الموقف العلاجي و الإجراءات. كما تصبح هنا الوظيفة العلاجية للسبر فاعلة: فالسبر قد يجعل المريض ضمن ظروف معينة يرى مشكلته في سياق مختلف عما ألفه حتى الآن وبهذا يتمكن من الإسهام في التولي المبكر قدر الإمكان لمسؤولية تعديل مشكلته وضبط الذات. ويمكن لهذه الرؤية الجديدة للمشكلة أن تمثل بالنسبة للمريض خبرة مهمة حافزة و ممهدة للتعديل، إذا ما لم يعد يشعر بأنه مذنب شخصياً على سبيل المثال أو يشعر بأنه يتحمل وحده المسؤولية عن مشكلته.

♦ خلاصة القول يمكن تحديد السمات التالية للسبر العلاجي السلوكي:

- إنه يسترشد بالهدف goal oriented ومبني من منظور تحليل المشكلة المفترض إنجازه و اختيار أساليب معالجة محددة.
- توجهه الفرضية، أي أنه يقوم بطرح فرضيات حول سياقات ظروف المشكلة الممكنة.
- يتم إجراؤه بشكل نصف معير: يمثل فحص الفرضيات حول سياقات الظروف الممكنة للاضطرابات النفسية الأساس للجلسة.
- يتم الحصول على المشكلات بشكل ملموس و مفصل.
- يتم تجميع المعلومات في صورة كلية متجانسة، حيث تصف نموذجاً فرضياً للاستمرارية الراهنة للمشكلة.

- يتم الحصول على المعلومات استناداً للحاضر. وتفيد المعلومات من تاريخ الشخص والمشكلة على الأغلب في تأكيد النموذج الراهن لتحليل المشكلة.
- وكذلك تعطي أقوال المريض غير اللفظية في أثناء جلسة السبر دلائل تشخيصية مهمة.
- عادة ما يتم في بداية جلسة السبر طرح أسئلة أقرب للمفتوحة ("أيمكنك وصف مشاعرك الاكتئابية بشكل أكثر دقة"؟). ويتم طرح أسئلة مغلقة عندما يتعلق الأمر بتوضيح لمسائل تفصيلية وعندما يعاني المريض من صعوبة مع الأسئلة المفتوحة أو عندما يبتعد كثيراً عن الموضوع ("كم يكون عدد الأشخاص الموجودين في الغرفة عندما تشعر بالخوف، عندما لا تعود قادراً على نطق أي حرف"؟).
- يتم تخطيط السبر بدقة بمساعدة المعلومات المسبقة المتوفرة. ويمكن للسبر الواجب إجراءه في البداية بشكل خاص أن يكون خطاً موجهاً لإعطاء دلالة على المجالات التي يفترض توضيحها.

في العلاج السلوكي يتم العمل على الخبرة الراهنة للمشكلة والتصرف الراهن لها. وضمن الظروف الملائمة، جعل المشكلة التي ينبغي تشخيصها، قابلة للملاحظة والسبر المباشرين. وتسير الجلسة هنا بين السبر لأجزاء المشكلة الموصوفة من خلال الذكريات و سبر وملاحظة وتقويم المشكلات أو تشكيلات المشكلات الراهنة التي تظهر أثناء الجلسة بالتبادل. وهذه تتجلى في المشاعر والأفكار والاستجابات الجسدية و السلوك الحركي التي يستطيع المعالج ملاحظتها أو استقصائها.

كما أنه من المفيد للمعالج أن يستثير رحلة تخيلية من أجل جعل المريض يعيش موقف العلاج الراهن. وفي أثناء رحلة الخيال يستقصي المعالج استجابات ومشاعر وأفكار المريض أو استجابات الناس الآخرين في مقتضى الحال.

ملاحظة السلوك

"يعد مطلب التحديد الواضح قدر الإمكان و المباشر للسلوك مطلباً أساسياً للعلاج السلوكي. والهدف ... . يكمن في تعديل أنماط السلوك الملموسة... . أما الطريقة التي تلائم هذا المطلب على الوجه الأكمل فهي الملاحظة المباشرة للسلوك. إذ حتى مجرد الملاحظة الحرة غير المنهجية غالباً ما تقدم لنا في العيادة معلومات في غاية الأهمية قلما نستطيع الحصول عليها بالأدوات التشخيصية الأخرى" (Schulte & Kemmler).

فالملاحظة المباشرة و المنهجية للسلوك هي الطريق المباشر للحصول على معلومات مهمة في عملية العلاج النفساني.

♦ (للتذكير: في السبر يحصل المعالج على معلومات مهمة يتم اكتسابها من خلال المريض في تقارير استرجاعية أو من خلال التقارير الاسترجاعية للآخرين [الطرف الثالث]. ♦

وتعد الملاحظة المباشرة للمريض و أشخاصه المرجعيين في المواقف الإشكالية المهمة إمكانية مهمة للحصول على المعلومات. ويمكن لهذه الملاحظة أن تتم في مواقف مصممة (كلعب الأدوار على سبيل المثال) أو في المحيط الطبيعي في الحياة اليومية.

وفي حين تقدم الملاحظة المباشرة في البداية معلومات حول الأحداث المتفرقة (من نحو سمات خارجية محددة للموقف، تفاعلات معينة، أنماط سلوك محددة على سبيل المثال) فإن المعالج يحصل من خلال الملاحظة المنهجية للسلوك على معلومات ملموسة حول مسائل أو ارتباطات فرضية (من نحو حول العواقب المحافظة على الاستمرارية، أو المواقف المثيرة للمشكلة، أو حول تكرار مشكلة ما على سبيل المثال).

ويشكل فهرسة أو تصميم مجرى المثير-الاستجابة إلى وحدات منفردة المعبر من الملاحظة الحرة للسلوك إلى الملاحظة المنهجية، التي يتم تحديدها من الشخص الملاحِظ (المعالج) بشكل ملموس و تسجيلها بشكل ملموس قدر الإمكان. وكلما كان موضوع

الملاحظة (الموقف، الاستجابة، الاستجابة التي تعقب ذلك لعضو من أفراد الأسرة... الخ) محدداً بشكل ملموس بدرجة كبيرة كانت الملاحظة أكثر موثوقية وأقل أخطاء.

♦ **مثال**: قد يتم تفسير تحديد موضوع الملاحظة "القلق" من أشخاص قائمين بالملاحظة مختلفين بشكل مختلف، وطبقاً لذلك قد يتم تفسير أنماط مختلفة للمريض. ومن هنا فإن أنماط السلوك التى ينبغى ملاحظتها بشكل أكثر تحديداً قد تكون: الهروب السريع، البقاء واقفاً (في مكانه)،نوبة تعرق الاحمرار. وقد تكون وحدات الملاحظة هذه أكثر وضوحاً وأكثر تحديداً (ملموسة بشكل أكبر). ومن هنا فإنه من الضروري عدم تسمية مظاهر عامة جداً متأثرة بفرضيات وافتراضات نظرية بوصفها وحدات ملاحظة (من نحو سلوك عدواني، اضطرابات الكلام، الشتم... الخ). ♦

وهناك أساليب مختلفة لملاحظات السلوك المنظومية: ففي العينات–الزمنية time-Sampling يتم في مجرى فترة ملاحظة طويلة تحديد وحدات زمنية يتم فيها القيام بملاحظة منهجية لحدث محدد (من نحو الأم تصرخ في وجه الطفل على سبيل المثال).

وفي عينة الحدث Event-Sampling يتم تسجيل الملاحظة من خلال حدث محدد مضمونياً (من نحو ينتف المريض شعره على سبيل المثال). لا يتحرك الملاحِظ إلا إذا ظهر الحدث المحدد ويسجل عندئذ الموقف المثير السابق أو السلوك اللاحق للأشخاص الآخرين.

وإلى جانب تقنيات الملاحظة الموصوفة أعلاه لابد من التمييز في ملاحظة السلوك كذلك استناداً إلى حقيقة فيما إذا كان الملاحِظ (القائم بالملاحظة) مشاركاً (موجوداً في داخل الموقف الذي تتم ملاحظته)، أم فيما إذا كان يقوم بملاحظة بدون مشاركة (خلف مرآة أحادية الاتجاه على سبيل المثال). كما أنه لابد من تحديد نوع الطرق التي سيتم فيها

تحديد أو ترميز محتويات الملاحظة.

ولدى الأطفال و بشكل خاص في التفاعل ومع والديهم أو لدى الأطفال الذين يعانون من أمراض طبية نفسية (في العلاج الترقيدي على سبيل المثال) غالباً ما تكون جلسة السبر قليلة الفاعلية بل غير قابلة للتنفيذ. ومع هذه المجموعة الهدف بالتحديد أثبت العلاج السلوكي فاعليته بشكل خاص في إزالة العجز السلوكي أو في تشكيل السلوك في الحياة اليومية الاجتماعية والمهنية. وبالتحديد في مشكلات هذه المجموعة الهدف يمكن من خلال الملاحظة المباشرة للسلوك الحصول على معلومات جيدة حول أنماط السلوك المفترض تعديلها أو تعزيزها أو بنائها.

في **الملاحظة الذاتية**، أي أن المريض يكون المتصرف/ المعايش والملاحظ في شخص واحد، يقوم المريض بتسجيل سمات الموقف و الأجزاء السلوكية و الاستجابات الاستعرافية والانفعالات و الاستجابات الفيزيولوجية أو السلوك اللاحق للأشخاص الآخرين ويقوم بعد الملاحظة مباشرة قدر الإمكان بتسجيل ملاحظات. وهذا عادة ما يعطيه المعالج للمريض "كواجب منزلي" يحمله المريض معه من الجلسة العلاجية.

وتتصف الملاحظة الذاتية مقارنة بالتقارير الذاتية بأن المريض يقوم في العادة في أثناء السبر في التقارير الذاتية بالحديث عن أنماط السلوك و المواقف التي ترجع في الغالب لوقت أطول مضى أما في الملاحظة الذاتية فيتم الطلب من المرضى تسجيل ملاحظتهم مباشرة. ومن خلال التسجيل المباشر على شكل مخططات أو مذكرات يومية (أنظر أدناه) يتم التقليل من التشويهات الناجمة عن التفسيرات الذاتية التالية للحدث.

وللملاحظة الذاتية ميزة أنه يمكن تنفيذها مباشرة عندما يظهر السلوك المشكل. و كذلك بشكل خاص في المواقف التي يصعب ملاحظتها من الآخرين من نحو التفاعلات الجنسية على سبيل المثال. ومن هنا فإن الملاحظة الذاتية تمثل أسلوباً تشخيصياً فاعلاً.

كما تحظى الملاحظة الذاتية في العلاج السلوكي بأهمية كبيرة من خلال المراعاة

الشديدة للوجوه الاستعرافية. فالأفكار و التعابير الذاتية ... الخ -غالباً ما تكون مظاهر مهمة بالنسبة لاستمرارية الاضطرابات النفسية- لا يمكن ملاحظتها وتحديدها إلا من المريض نفسه.

وتحظى كل من **الملاحظة الذاتية و التسجيلات الذاتية** في العلاج السلوكي باعتبارهما مصادر مهمة للمعلومات بأهمية في العمل العلاجي مع الراشدين أكبر من الملاحظة الخارجية. فإذا ما كان المرضى قادرين على الملاحظة الذاتية فإنه يتم استخدامها في كل علاج سلوكي تقريباً.

اختبار السلوك

فيما يسمى باختبار السلوك تتم ملاحظة السلوك المشكل مباشرة بأن يلجأ المريض (بمرافقة المعالج أم بدونه) في الحقيقة أو في الخيال إلى الموقف المشكل أو الحرج الذي يظهر فيه في العادة سلوكه المشكل. ويمكن لهذا الموقف أن يكون موقفاً من مواقف الحياة اليومية الواقعية أو عبارة عن موقف اجتماعي مصمم (لعب الأدوار) وهو أمر ملائم في المشكلات الاجتماعية. ويمكن للمعالج أن يسأل المريض مباشرة في مثل هذا الموقف أو بعده عن الكيفية التي يظهر فيها السلوك المشكل في الموقف المعطى و يستطيع أن يسأل المريض بشكل هادف عن الوجوه الفكرية والمشاعرية و الجسمية و الحركية. بالإضافة إلى ذلك تتوفر للمعالج إمكانية ملاحظة المريض في الموقف المعين بشكل مباشر.

وبهذا يتكامل اختبار السلوك مع السبر وملاحظة السلوك مع بعضها.

ويساعد العمل التشخيصي بالتصور أو التخيل إذا ما كان من الصعب في العيادة تحديد موقف محدد وتنفيذه.

ويحتل ما يسمى **امتحان التجنب مركزاً** مهماً في أساليب الملاحظة العلاجية السلوكية وامتحانات السلوك. وهنا تتم بشكل خاص ملاحظة مخاوف نوعية أو اقتراب المريض من مثيرات ومواقف قلق محددة.

♦ **مثال:** مثل هذه المواقف يمكن أن تكون: الإقامة مع أناس كثر في غرفة واحدة، التكلم مع الغرباء، الابتعاد عن سور الجسر، قيادة السيارة في شارع مزدحم، الصعود إلى برج ما، الابتعاد عن منزل آمن.

كما يمكن أن يدفع المريض إلى تنفيذ تصورات قسرية محددة (من نحو طقوس الغسيل أو التدقيق على سبيل المثال).

ويمكن لامتحانات السلوك كمواقف لعب أدوار أن تكون: يمثل المريض مواقف اجتماعية مرهقة في الامتحان، في مكان العمل، في التسوق، في إجراء الاتصال. و يجري هذا في موقف آمن مع المعالج.

وبهذا يمكن تحديد مواقف و أنماط سلوك وتصبح قابلة للملاحظة والوصف. ♦

وتكمن الطبيعة التشخيصية لاختبارات السلوك هذه في أن المريض يلجأ إلى المواقف متوسطة الإشكالية على أقصى تقدير و لا يتصرف في هذا غير ما يتصرف في العادة. ولكن بما أن المريض غالباً ما كان يتجنب بشدة مثل هذه المواقف المشكلة فإن اختبارات السلوك هذه غالباً ما تمتلك طبيعة علاجية تعديلية.

ويصعب بناء كثير من المواقف بشكل اصطناعي بسبب تعقيدها. وكثيراً ما توجد قيود للأهمية ناجمة عن أنه ليس بالضرورة لسلوك المريض في المواقف "المصطنعة" أن يكون ممثلاً للسلوك المشكل تحت الشروط الطبيعية. كما أن وجود المعالج يدعم هذه الاصطناعية.

ومع ذلك فإنه لما يسمى باختبارات السلوك أهمية كبيرة في التشخيص السلوكي العلاجي مع العلم أنه من النادر جداً أن يتم تنفيذها من المعالج والمريض مع بعضهما

بسبب الاستهلاك الزمني و التنظيمي. وكثيراً ما يتم تنفيذ امتحانات السلوك هذه "كواجبات منزلية" بالارتباط مع الملاحظة الذاتية و وصف الذات.

لعب الأدوار

يصعب في كثير من الحالات في العيادة تحديد موقف معزول من أجل العملية التشخيصية و من ثم تحقيق أن تصبح استجابة إشكالية ما مطابقة قابلة للتحديد. وقد أثبت القيام بلعب الأدوار فاعليته، إلى جانب العمل مع التخيلات، أي بناء عينة-مشكلة في التخيل.

وبعد لعب الأدوار من الطرق المعيارية في العلاج السلوكي وهو مفيد إذا ما أردنا أن نجدد المواقف وأنماط السلوك و جعلها قابلة للملاحظة و الوصف.

وكما هو الحال في تمارين التخيل يمكن تنفيذ لعب الأدوار في أثناء جلسة السبر.

في لعب الأدوار يمكن للمريض أن يمثل شخصه هو أو دور شخص آخر في محيطه الاجتماعي. ويقوم المريض بإرشاد المعالج أو الأشخاص الآخرين إلى أدوارهم و يلعبون الجزء المعني الخاص بهم.

الاستبيانات

يمكن للاستبيانات المسترشدة بالتصور العلاجي السلوكي أن تقدم معلومات إضافية من أجل إنجاز تحليل المشكلة (وظيفة استكشافية Explorative Function). وغالباً ما يتم استخدام الاستبيانات لضبط التأثيرات العلاجية (وظيفة ضابطة للعلاج أنظر أدناه).

> ♦ قلما يتيح التصور النظري theoretical Conceptionللاستبيانات، التى تقيس سمات الشخصية ترجمة إلى اللغة النظرية للعلاج السلوكى. إذا أن هدف الدراسات التشخيصية في العلاج السلوكى ليس فهم سمات الشخصية الكامنة

خلفها وإنما التحديد/ القياس المباشر للسلوك في المواقف المختلفة أو المواقف نفسها . ♦

وتكمن الوظيفة الاستكشافية للاستبيانات في جمع المعلومات وتنظيمها ووضعها في سياق، ومن هذه الناحية فإنه من الممكن لتطوير المقاييس الملائمة أن يكون مفيداً في العلاج السلوكي. وتهدف الأسئلة والبيانات في الاستبيانات العلاجية السلوكية إلى قياس المعلومات ذات الصلة بالنسبة لتحليل المشكلة و تخطيط العلاج. وعليه ليس بالضرورة على سبيل المثال أن يتم السؤال في الجلسة الاستكشافية عن كل مواقف القلق و التجنب. فهنا يمكن للاستبيانات أن تتضمن مجموعة من المواقف تشمل على ظهور القلق و شدته.

وقد تم تطوير عدد كبير من الاستبيانات لقياس معلومات إضافية في مجالات نوعية من الاضطراب، وبشكل خاص لقياس المخاوف (المخاوف الاجتماعية واضطرابات الهلع)، والاكتئابات والاضطرابات الجنسية والمشكلات الزوجية واضطرابات القهر و أفكار القهر.

الرسم البياني و المذكرات اليومية

عادة ما يتم استخدام هذه الأساليب التشخيصية باعتبارها إمكانات ملاحظة بين الجلسات العلاجية. وبهذا يتعلم المرضى ملاحظة سلوك (المشكلة) و المواقف الإشكالية و تكرار ظهور المشكلات و الحالات المرافقة. حيث يتم جعل الوقت بين الجلسات، أي الحياة اليومية للمرضى، الذي تظهر فيه المشكلات في العادة، مفيداً. ومن خلال هذا الواجب يتم إرشاد المرضى في الوقت نفسه للسلوك الضابط للذات.

وغالباً ما يتم عمل الرسم التخطيطي على شكل منظومة إحداثية (على سبيل المثال محور: للمحتويات، ومحور: للتكرار)، و لكن هناك أيضاً تصميمات أخرى، جوهرها هو

رسم التوزيعات التكرارية لعرض من الأعراض خلال فترة زمنية محددة.

ويفترض أن يتم رسم التخطيطات البيانية بشكل غير معقد و على المريض أن يعرف بدقة ما هي الأنماط السلوكية أو الظروف الموقفية التي عليه ملاحظتها و كيف يرسمها.

كما يمكن في أثناء العلاج رسم تخطيط متواصل للتغيرات والأحداث التي لم يكن باستطاعة المعالج معرفتها بدون السؤال عنها (من نحو عدم فاعلية التعزيزات على سبيل المثال). وبناء على مثل هذه المعلومات يمكن إعادة صياغة الفرضيات من جديد و إعادة تحديد أهداف العلاج وخطواته في مقتضى الحال.

ومن خلال التقدم الملحوظ من خلال التخطيط يمكن رفع دافعية المريض. ويمكن لوضع خطوط أو ملاحظات أخرى على المخطط أن تكتسب نوعية معززات ثانوية، تمتلك ميزة المباشرية. ومن هنا فإنه من المهم في الرسم البياني إبراز المظاهر الإيجابية لتعديل السلوك.

♦ **مثال**: يمكن لمريض يعاني من مخاوف متعددة أن يرسم مخططاً بيانيا حول المواقف المقلقة و معززات القلق الظاهر هنا.

يمكن لمريض باضطرابات الطعام أن يسجل في رسمه البياني موعد الطعام ومدته و كميته.

يمكن تسجيل مواعيد ومدة تنفيذ تمارين رياضية خاصة بالمرضى. وفي مجرى العلاج يمكن أن يتم تعليم تنفيذ الوقت المتفق عليه بوجوه ضاحكة، وكل خمسة وجوه على سبيل المثال يمكن استبدالها بالذهاب للسينما. ♦

تشكل الأساليب الفيزيونفسية مستوى من ذخيرة السلوك الإنساني المعقدة. وبشكل خاص عندما يتعلق الأمر بأنماط سلوك أعراضية ذات شدة انفعالية عالية، من نحو المخاوف الرهابية والقهر، فإنه يمكن استخدام القياسات الفيزيولوجية لتحديد الأعراض.

و للنتائج الفيزيولوجية ميزة أنها تقدم معلومات موثوقة و قابلة للتسجيل المباشر، والتي يمكن الحصول عليها باستمرار وتقويمها حول المجرى الكلي للعلاج.

وتتطلب القياسات الفيزيولوجية تكاليفاً أدواتية وتنظيمية مرتفعة إلى حد ما، إلا أنها تحظى في العلاج السلوكي من خلال مجالات الاستخدام في الاضطرابات النفسية الجسدية و المزمنة و العضوية أهمية مطردة. وربما يمكن تفسير التحفظ عند قياس نصيب الاستجابات الفيزيولوجية من خلال الابتعاد العلاجي النفسي عن المستويات البيولوجية النفسية أيضاً. وتعد القياسات الفيزيولوجية في جميع الطرق التشخيصية العلاجية بأنها مكلفة جداً. وللأسف فإن استبعادها يمنع من الحصول على طريقة تجلي مهمة للاستجابات الإنسانية. إلا أنه لابد من مراعاة أن تعزيز الملاحظة و تسجيل المظاهر الفيزيولوجية يجعل العلاج النفساني بالنسبة للمرضى وللجمهور أكثر ارتباطاً بالمجال الطبي.

♦ يمكن بشكل مباشر تحديد أو استدلال الإشارات الكهربائية باعتبارها تغيرات في الجهد في خلايا عضلات القلب ECG[1]، وتغيرات في الجهد في العضلات EMG، ونشاط الخلايا العصبية EEG و مقاومة للجلد SRR أو قابلية الجلد للتوصيل SCR.

[1] (ECG=Electrocardiogram) (EMG= Electromyogram)، (EEG= Electroencephalogram)، (SRR=Skin Reaction resistance)، (SCR=Skin conditioned response)

والتحولات البيولوجية لازمة إذا ما كان علينا تسجيل التغيرات الميكانيكية. ويتم تحويل الطاقة الميكانيكية إلى إشارات كهربائية، كما هو الحال في قياس إيقاع التنفس، ضغط الدم، حركات البطن، حركات العين، حرارة الجلد، إيقاع النبض... الخ. ♦

ويعد إيقاع القلب و النبض و مقاومة الجلد/ القابلية للتوصيل من أكثر المتغيرات الفيزيولوجية المقاسة. فهي قابلة للتفسير المباشر. وللتغيرات الحاصلة في القيم الفيزيولوجية عند ظهور الموقف المشكل بشكل خاص أهمية تشخيصية. إلا أن استخدام القياسات الفيزيولوجية يفترض أن يتعلق في كل الأحوال بمدى الفائدة التي تحققها للمريض (أو ربما للمسائل البحثية) و في مجرى العلاج.

♦ مثال: لتحديد التغيرات في الشقيقة يمكن أن يكون من المفيد قياس حرارة اليد أو الجبين.

في الصداع التوتري يمكن لقياس الجهد العضلي/ الاسترخاء العضلي المقاس من خلال مخططة الجهد العضلي Electromyogram، أن يكون محكاً مهماً.

يمكن أن يتم تسجيل التغيرات في ضغط الدم أو إيقاع القلب وكذلك التغيرات الهرمونية كنواتج ممكنة للضغوط Stress ♦

ولكن المهم هو أن نراعي أن المسألة لا تتعلق في كل المتغيرات الفيزيولوجية تقريباً باستجابات نوعية وبأنه لا يمكن تصنيف تغيراتها ضمن موقف نوعي أو محك نوعي. ومن هنا فإن قياس تغيرات الاستجابات الفيزيولوجية يسبب صعوبات كبيرة عند التفسير أثناء القيام بعمل تحليل للمشكلة.

التشخيص العلاجي السلوكي من أجل ضبط العلاج

يعد الضبط المستمر لتأثيرات تدخلات تشخيصية وعلاجية محددة على سلوك المريض و محيطه خاصية مهمة في العملية العلاجية السلوكية. ويمكن النظر لضبط التغيرات المحدثة من خلال العلاج من خلال منظورين اثنين: الأول من منظور الباحثين الإمبيريقيين و الثاني من منظور الممارس العلاجي.

من منظور البحث

من المهم بالنسبة للبحث تحديد فيما إذا كان بالإمكان عزو التعديل الحاصل في السلوك لدى مريض ما إلى تدخل علاجي محدد، والمدى الذي يحدث فيه ذلك. إلا أن هذا البرهان –لو أخذنا هذا بصرامة– لا يمكن تحقيقه، ذلك أن تجربة مصممة و منفذة بدقة كبيرتين لا تجيز لنا لأسباب منهجية سوى استبعاد إمكانات محددة بديلة والتي نشك في أن تكون سبباً للتعديل العلاجي.

وبهذا فإن أبحاث العلاج واقعة في مأزق رغبتها في تصوير الحدث العلاجي بدقة كبيرة قدر الإمكان وشامل، إلا أن العلاج هو موقف معقد بعدد كبير من قيم التأثير (المتغيرات) الفاعلة الممكنة، بحيث أنه لا يمكن تحقيق استنتاج ما إلا ضمن شروط مضبوطة بشكل كبير (تقييد المتغيرات). ولكن بما أنه لا يمكن على الإطلاق تحديد كل الوجوه على الإطلاق (من نحو سمات المريض، المعالج، الاضطرابات النفسية، الإجراء العلاجي، الأطر، التغيرات)، فإنه لا يمكن إطلاق حكم نهائي على فاعلية علاج كامل وخصائصه المؤثرة.

ومن أجل التمكن من التقدير طويل المدى لقابلية تدخل علاجي ما للتعميم واستمراريته استناداً إلى الاستجابات والمواقف... الخ فإنه لابد من إجراء تشخيص متعدد وحتى بعد نهاية العلاج. و ينطبق هذا بشكل خاص على ما يسمى بالأساليب المعيارية لتعديل السلوك و المشكلة.

من منظور الممارسة

من النادر أن يتم في الممارسة العملية اليومية استخدام الأساليب المكلفة للحصول على البيانات و البرهان الإحصائي. فالتركيز في الممارسة الميدانية يكمن في الاستخدام الهادف للتدخلات التي برهنت فاعليتها العلاجية مع المرضى.

ومن هنا فإن النجاح أو ضبط العلاج في العملية التشخيصية العلاجية يُعنَي بالدرجة، أي بالتقدير/ بالقياس المستمر للتعديلات السلوكية و تعديلات المشكلة عند المريض باعتبارها استجابات على التدخلات العلاجية.

ويفيد الفحص الإحصائي، في صورة ضبط المجرى والمعالجين كمساعدة في اتخاذ القرار في التخطيط للخطوات العلاجية التالية وتنفيذها ويعطي المريض إمكانية متابعة (إرجاع) مقاربة سلوكه الخاص مع الأهداف العلاجية الشخصية المرجوة.

وعلى أساس هذا التشخيص **المرافق للعلاج** (ضبط المجرى) يقرر المعالج على سبيل المثال:

- كيف يبدو المستوى الراهن للإشكالية،
- ما هي المجالات/ المواقف التي تظهر فيها التعديلات.
- كم مدى وضوح التعديلات.

وفيما يخص **ضبط النجاح** الذي يتكون في العادة من قياس قبلي وقياس بعدي وقياس لاحق ثان في مقتضى الحال (تتبع بعد سنة على سبيل المثالFollow-up)، يمكن للمعالج والمريض فحص نجاح مجرى العلاج ككل بعد مرور فترة زمنية مناسبة.

طرق ضبط العلاج

يتطلب قياس التغيرات في العادة فحصين للبيانات على الأقل في البداية وبعد إنهاء العلاج (قياس النجاح). ويمكن للقياسات البينية أن تفيد في الحصول على معلومات

حول الكيفية التي سارت بها العملية العلاجية حتى الآن و أين المستوى في اللحظة الراهنة بالنظر للهدف المتوقع الوصول إليه (قياس العملية أو المجرى Process-measurement or Progress-measurement-progress).

وفي ضبط العلاج لابد من اتخاذ قرارات حول موعد الحصول على المعلومات وشكل الحصول ومصادر المعلومات.

وقد تم وصف ونقاش مصادر المعلومات وفائدتها عند مناقشة الأساليب التشخيصية، ونشير إليها هنا مرة أخرى باختصار من منظور ضبط العلاج وفقاً لأهميتها التخصصية:

الاستبيانات: يمكن استخدامها للمظاهر المنفردة للتغيرات متعددة الأبعاد الممكنة (من نحو المعايشة الذاتية، البنى الاستعرافية، شروط السلوك على سبيل المثال).

المخططات البيانية: ويتم بمساعدتها الضبط النوعي الدقيق للتغيرات المهمة في سلوك المشكلة أو في السلوك البديل المرغوب أو في تكرار مواقف المشكلة.

ملاحظة السلوك، تجريب السلوك، امتحان السلوك: في ملاحظة السلوك تتم ملاحظة السلوك المشكل بشكل مباشر، حيث تتم في العادة ملاحظة منهجية لمجال مشكلة محددة، قبل وفي أثناء وبعد العلاج. وتعد امتحانات السلوك بالنسبة للمعالجين مساعِدات مهمة في اتخاذ القرار بالنسبة للتخطيطات اللاحقة للعلاج و للمرضى بالنسبة للتغذية الراجعة حول خطوات التعلم و الصعوبات التي ماتزال قائمة.

السبر: **يعد** السبر exploration في الممارسة العملية الشكل الأكثر استخداماً لضبط العلاج. فسؤال المريض يعطي معلومة حول التغيرات المسجلة لسلوك المشكلة problem behaviorو حول الانطباعات الشخصية لنجاح العلاج. ويستطيع المعالج مقارنة تقديراته الشخصية حول التغيرات العلاجية مع تلك التي للمريض.

ويتطلب الضبط المستمر و المؤسس جيداً للعلاج من المريض مقداراً عالياً من

التعاون و من المعالج وقتاً ملائماً من أجل توثيق وتقويم المعلومات المكتسبة. إلا أنه لا يمكن تحقيق التبرير بالنسبة للتصرف العلاجي إلا من خلال شكل شفاف من التوثيق.

ويحتل ضبط فاعلية العلاج في العلاج السلوكي في العادة مركزاً أكبر وأكثر أهمية مما هو الأمر في الأشكال العلاجية الأخرى. ويكمن سبب هذا في بنيوية structuralism العلاج السلوكي من جهة ومن جهة أخرى في مطلب العمل بشكل مضبوط منهجياً و علمياً.

العلاقة العلاجية في العملية التشخيصية

يكمن هدف العلاج منذ البداية وحتى نهايته في مزيد من الاستقلالية و تولي المسؤولية و المساعدة الذاتية للمريض.

وتعد بداية العلاج، التي يتم في أثنائها تصميم الأدوار و بناء العلاقة العلاجية، أهم مرحلة بالنسبة للمجرى اللاحق من العلاج. وهنا فإن بناء العلاقة المشحونة بالثقة المتحررة من القلق هو أمر جوهري. وفي الوقت نفسه لا بد الاتفاق على قبول علاقة العمل.

و تحتل القدرة على بناء العلاقة الدرجة نفسها من الأهمية مع كفاءة التمكن من استخدام الطرق التشخيصية لعمل تحليل المشكلة.

وتعد الشفافية جزء من العلاقة العلاجية "الطيبة" في الطور الأول من العلاج. فكلما أصبحت العملية العلاجية شفافة بالنسبة للمريض في وقت أبكر، كان توفر التصور المشترك لوضع المشكلة و الأهداف المقبولة بشكل مشترك أسرع و كان المرضى أكثر استعداداً لتقبل استراتيجيات علاجية ملموسة و التعاون بشكل فاعل. ويمكن وصف دور المعالج المهم بالنسبة للعلاقة في المرحلة البدئية بأنه فاعل ومشارك و مخفض للقلق و مشجع بشفافية و مزيل لسوء الفهم و منمي للكفاءات والمهارات الإيجابية.

♦حسب كانفر وغريم Kanfer & Grimm، تتجلى في الطور الأول من العلاج الأهداف التالية، التى ترتبط بالتزام وثيق مع بناء العلاقة العلاجية.

الطور 1: تصميم الأدوار وبناء العلاقة.

الأهداف: تسهيل تبنى دور المريض؛ بناء علاقة عمل؛ تسهيل الدافعية للعمل مع المعالج.

الطور 2: تنمية التزام ذاتي للتعديل.

الأهداف: حفز المريض على التفكير بالعواقب الإيجابية للتعديل؛ تنشيط المريض لتعديل الوضع الراهن status quo؛ تهديم الإرباك أو التشويش demoralize.

الطور 3: تحليل المشكلة

الأهداف: إعادة تصميم رؤية المشكلة عند المريض؛ تحديد الظروف التى تحافظ على استمرارية المشكلة؛ حفز المريض نحو أهداف تعديل نوعية. ♦

الفصل السادس

التشخيص بالاختبارات في العلاج النفساني

J. Schumancher & E. Braehler

حول مفهوم الاختبارات

أصبح مفهوم "الاختبار Test" اليوم من أكثر الكلمات المحببة الاستخدام في الحياة اليومية. فهذا منتج جديد في السوق يتم اختباره، و هذه شركة للسيارات تختبر سياراتها في ظروف الاصطدام، وفي الرياضة يتم إجراء مباراة ودية كاختبار للتصفيات النهاية... الخ.

أما في علم النفس فيتم استخدام مفهوم الاختبار بشكل خاص في معان ثلاثة:

1. بمعنى دراسة تحمل خصائص العينة.
2. بمعنى أساليب الاختبار الرياضي الإحصائي.
3. بمعنى أساليب الاختبار التشخيصي النفسي المعير.

وفيما يلي سوف نعالج بشكل أقرب موضوع الاختبار في معناه كأسلوب اختبار تشخيصي نفسي معير. وحسب التصور المصمم في هذا الكتاب يفترض هنا أن يحتل استخدام التشخيص بالاختبارات في إطار العلاج النفساني محور هذا الفصل. وبناء على المساحة المحدودة و تصنيفه ضمن كتاب ذو توجه عملي فسوف تتعرض مساهمتنا لمجالات المواضيع الجوهرية و الوجوه الجزئية بشكل خاص بصورة مركزة، وأحياناً مع التحويل إلى المراجع المعنية التي يمكننا الإشارة إليها.

فما الذي نفهمه تحت **الاختبار النفسي**؟ فوفقاً لأحد التعاريف كثيرة الاقتباس فإن

الاختبار... . "إجراء روتيني علمي لفحص سمة أو سمات عديدة قابلة للتحديد بشكل إمبيريقي للشخصية بهدف استنتاج بيانات كمية قدر الإمكان حول الدرجة النسبية لوضوح السمة الفردية" (Lienert & Raatz, 1994, P. 1). وانطلاقاً من هذا التعريف يمكن وصف أساليب الاختبارات النفسية وبالتالي أيضاً السمات التالية بشكل أقرب:

1. الاختبار **عبارة عن إجراء علمي**، لأنه يتم تصميمه واختباره وفق قواعد محددة، تنبثق من نظرية الاختبارات الكامنة خلفه. و العدد الأكبر من الاختبارات الموجودة في الوقت الحاضر تم تطويرها على أساس "نظرية الاختبار التقليدية Classical Test Theory". ويرتبط بها نظام رياضي algorithm في تصميم الاختبار:

- تحديد مجال الموضوع و البعد الذي يفترض قياسه.
- صياغة و تجميع المهام (البنود).
- الحصول على عينة تحليل.
- تصميم المقياس بوساطة التحليل العاملي و تحليل البنود (تحديد المقاييس وتشكيلتها بناء على العوامل والتشبع أو فحص المقاييس بوساطة الصعوبة أو حدة الفصل أو الاتساق consistency أو كلها معاً.
- حساب المعايير (أنظر أدناه)
- إجراء دراسات صدق validity

وهناك نموذج اختبارات رياضي-إحصائي موسع elaborate آخر، يعتبر نفسه بديلاً لنظرية الاختبارات التقليدية الكثيرة الانتقاد، إلا أنه لا يمتلك حتى الآن سوى أهمية عملية ضئيلة، وتمثله **"نظرية الاختبارات الاحتمالية probabilistic Test Theory"** (وبشكل خاص ما يسمى بنموذج راش Rash-Model).

أما في "**القياس المتمحور حول المحكات Criterion oriented Measurement**" فلا يتعلق الأمر بنظرية جديدة في القياس إلى جانب النظرية الكلاسيكية ونظرية الاختبارات الاحتمالية إلا أنه أثبت نفسه بالنظر إلى استخدام التشخيص بالاختبارات في العلاج النفساني على أنه مبدأ مهم، إذا ما أردنا فحص فيما إذا قد حقق متعالج ما الأهداف التي كان قد وضعها مسبقاً بواسطة اختبارات مسترشدة بالأهداف العلاجية therapy goals oriented Tests على سبيل المثال.

ويتم إثبات **علمية** اختبار ما من خلال برهان **معايير الصلاحية الأساسية fundamental Quality[1] Criteria**"(الموضوعية Objectivity، والموثوقية (أو الثبات) Reliability و الصدق Validity. "**ومعايير الصلاحية الثانوية secondary Quality Criteria**" (المنفعة أو الفائدة utility والاقتصادية economic و التعيير Normalize). ويعرض جدول (1) قائمة شاملة و مفصلة لمحكات تقويم الاختبارات التي وضعت في عام 1986 من قبل "أمانة سر الاختبارات للجنة روابط المتخصصين النفسانيين الألمان". وهذا البيان catalogue يتضمن إلى جانب المحكات الأكثر مناقشة (من نحو الثبات / الموثوقية/ Reliability على سبيل المثال) تلك الشروط بالنسبة للاستخدام العريض للأساليب الاختبارية حتى خارج البحث (من نحو المعقولية reasonableness والوضوح وسعة المجال والقبول acceptance). وحبذا لو أنه تمت مراعاة هذه المحكات المهمة عند تطوير الاختبارات من أجل الاستخدام العملي أكثر مما هو الأمر حتى الآن.

2. لابد أن تكون المقاييس صالحة للاستخدام الروتيني. لهذا فإن الاختبار يكون معيراً فيما يتعلق بتطبيقه و تقويمه و تفسيره، أي يتم إعطاء القواعد المتعلقة بتطبيق وتقويم وتفسير النتيجة في الاختبار نفسه.

---

[1] التقنين

3. من خلال الاختبار يتم تحديد أو قياس –محفَّز من خلال مطالب و أسئلة محددة (البنود Items)– سمات خبرة و سلوك للأشخاص (استقصاء عينة من الخبرة والسلوك)، تفيد **كمؤشرات Indicators** لصفات أو حالات أو علاقات. ومن هذا المنظور فإن التوجه العام "للتشخيص التقليدي بالاختبارات" نحو **سمات الشخص** على شكل سمات ثابتة زمنياً و متغيرة موقفياً Traitsيعد تقييداً غير مناسب، ذلك أنه يمكن كذلك قياس **الحالات** الراهنة المستقلة عن الموقف states، الميول السلوكية behavior tendency، بالاختبارات بدون الاستناد إلى الخصائص والعلاقات بين الأشخاص، من نحو في العلاقة الزوجية أو العلاقة العلاجية الثنائية أو في الجماعة على سبيل المثال

4. في الاختبار يتم السعي **لقياس measurement (تكميم Quantification)** السمات التي تم استقصائها. وبعض الباحثين ينتقد اقتصار التوجه على أساليب القياس لوحدها، حتى وإن كانت هذه باعتبارها اختبارات سيكوميترية تمثل أهم فئة في أساليب الاختبارات. وعليه يمكن تسمية حتى تلك الأساليب التي لا تقيس، ولكن المعيرة في التعليمات و التقديم "بالاختبارات" أيضاً (كالأساليب الإسقاطية")

5. عند استخدام الأساليب الاختبارية يتم السعي على الأغلب نحو تصنيف وتعيير نتائج الاختبار على أساس عينة تعيير من الناس (عينة مرجعية Reference Population). ولكن إلى جانب ذلك هناك إمكانية تصنيف وتعيير الاختبارات وفق أهداف التعلم، أو أهداف التدريب أو أهداف العلاج (قياس معياري/ عيناتي مقابل القياس المرجع إلى محك).

جدول (**1**): محكات تقويم الاختبارات (محكات أمانة سر الاختبارات للجنة روابط المتخصصين النفسانيين الألمان **1986**)
1. أساس الاختبار **1.1** تحديد الهدف التشخيصي **1.2** الأساس النظري 1.3 قابلية تصميم الاختبار للفهم (بيانات مفصلة لخطوات التصميم المنفردة)
2. تطبيق الاختبار 2.1 موضوعية التطبيق 2.2 الشفافية (بالنسبة للمستخدم) 2.3 المعقولية بالنسبة للمشخَّص (الذي يتم تشخيصه) (التكلفة الاقتصادية و النفسية بالنسبة للفائدة). 2.4 مقدار القابلية للتزوير. 2.5 القابلية للتشويش، أي حساسية اختبارات السمات مقابل الحالات الراهنة للشخص و الحالات الموقفية
3. تقويم الاختبار 3.1 موضوعية التقويم 3.2 الموثوقية (الثبات) **reliability** 3.3 الصدق **Validity** 3.4 التعيير **Normalization**

3.5	سعة المجال، أي مقدار المسائل المطروحة.
3.6	سعة المعلومات، أي المؤشرات الممكن استخلاصها من الاختبار بالمقارنة مع المعلومات البدئية.
3.7	حساسية التعديل
4.	تقويم الاختبار
4.1	الاقتصاد
4.2	العدالة أو الإنصاف، أي مقدار التمييز المنهجي **systematical Discrimination**لجماعات من الأشخاص بناء على سمات اجتماعية ديموغرافية نوعية بالنظر إلى قيم المحك.
4.3	التقبل من خلال المستخدم (مدير الاختبار، المفحوص، المريض) والمجتمع.
4.4	القابلية للمقارنة، أي العلاقة بالاختبارات القابلة للمقارنة (الجدة **novelty**)
4.5	برهان الصلاحية، أي الموازنة من التطبيق
5.	التصميم الخارجي للاختبار
	(من بينها، سهولة المفهومية، تصميم صديق للمفحوصين والمرضى)

تصنيف الأساليب الاختبارية

قبل أن نستعرض إمكانات تصنيف الاختبارات بشكل أقرب لا بد من الإشارة بداية إلى تمييز كان كاتل Cattell قد أورده في عام 1965بين أنماط البيانات المختلفة. فوفقاً لذلك يمكن التمييز ضمن التشخيص النفسي بين **بيانات (الحياة) L-(Life-**

Data)، و بيانات الاستخبار **Q-(Questionnaire-)Data و بيانات الاختبار T-(Test-Data)**. ويقصد ببيانات الحياة السمات البيوغرافية biographical characteristic (السيرة الذاتية) و تقويمات الآخر. و يقصد ببيانات الاستخبار المعلومات التي يعطيها الإنسان عن ذاته المنبثقة عن الأسئلة، والتي يتم الحصول عليها بوساطة استبيانات الشخصية، لهذا تطلق على استبيانات الشخصية تسمية **الاختبارات الذاتية للشخصية** subjective Personality Tests. أما بيانات الاختبارات Tests Data فيتم الحصول عليها من خلال **الاختبارات الموضوعية للشخصية** objective Personality Tests. وتختلف الاختبارات الموضوعية للشخصية عن "الذاتية" بأنها لا تقوم في العادة على المعلومات التي يعطيها الفرد عن ذاته وإنما بشكل مباشر عن القياس المستند للموقف لسمة من سمات الشخصية. وحتى لو بدا الأمر من الزاوية اللغوية مربكاً فإننا لن نهتم ببيانات الاختبار Tests Data بمعنى كاتيل Cattell ، بل سنهتم أكثر ببيانات الاستخبارات و الحياة، حيث أثبتت أدوات التقدير الذاتي وتقدير الآخر [التقدير من طرف ثالث] بشكل خاص على شكل الاستبيانات و مقاييس التقدير Rating Scale أهميتها بالنسبة للتشخيص بالاختبارات المتمحور حول العلاج النفساني.

يصف باولك Pawlik **أبعادا** و أهدافاً مختلفة للتشخيص النفسي (قارن جدول 2) تعد ذات أهمية من وجهات نظر تصنيفية.

جدول (2): أبعاد وأهداف التشخيص النفسي وفق باولك PAWLIK

البعد Dimension	**الهدف التشخيصي**
تشخيص الحالة	⇐ **قياس الحالة القائمة**
مقابل	**مقابل**
تشخيص العملية	⇐ **قياس التغير**

التشخيص المرجع إلى معيار **مقابل** **التشخيص المرجع إلى محك**	⇐ **الفروق البين فردية** **مقابل** ⇐ **الموضع الفردي بالنسبة إلى محك سلوكي**
اختبار test **مقابل** **مراجعة (جرد)** inventoried	⇐ **تحديد قيم الخاصية بناء على عينة من السلوك والخبرة** **مقابل** ⇐ **تحديد مجال سلوكي**
التشخيص كقياس **مقابل** **التشخيص كمعلومات حول العلاج**	⇐ **تقدير قيم الخاصية التي يتم منها اشتقاق علاجية** **مقابل** ⇐ **تحسين القرار والعلاج من خلال جمع المعلومات**

واستناداً إلى المنهجية التي أدخلها باولك Pawlik يميز كل من باومان و ستيغلتز Baumann & Stieglitz بين مبادئ تشخيصية نفسية مختلفة لقياس الشخصية:

المبدأ 1:

- تشخيص الوضع أو الحالة status Diagnostic (الهدف: الوضع الراهن)
- التوجه المعياري Norm Orientation (الهدف: فروق بين فردية)
- قياس (الهدف: تقدير قيم البناء)

المبدأ 2:

- تشخيص العملية (الهدف: قياس التعديل)
- التوجه نحو المحك (الهدف: الموقع الفردي بالنسبة للمحك)
- المراجعة (الجرد) **inventoried** (الهدف: ذخيرة السلوك repertory)
- معلومات العلاج (الهدف: تحسين القرار و العلاج optimize of decision and Treatment).

وغالباً ما تطلق على المبدأ الأول تسمية **تشخيص الصفات**، وإلى حد ما التشخيص "التقليدي". ويمكن تصنيف التشخيص بالاختبارات في فهمه التقليدي المتجه نحو الصفات و في ارتباطه بما يسمى بنظرية الاختبارات التقليدية ضمن هذا النهج. وقد حظي تشخيص الصفات في المجال العيادي و بشكل خاص في مجالات البحث المتعلقة بالوصف والتصنيف والتفسير والتنبؤ والتقويم بانتشار واسع. بالمقابل فإن لهذا المبدأ أهمية ضئيلة فيما يتعلق التدخل في الحالة الفردية. فهنا غالباً ما يتم اللجوء إلى المبدأ الثاني، الذي يوصف بأنه **تشخيص السلوك** أيضاً. وبما أنه قد تم وصف تشخيص السلوك في إطار هذا الكتاب بشكل مفصل فسوف لا نتطرق لذلك مرة أخرى.

إن المقارنة التي غالباً ما نجدها لتشخيص الصفات وتشخيص السلوك برهنت نفسها على أساس التطورات الجديدة داخل أبحاث الشخصية و التشخيص النفساني على أنها لم تعد مبررة. وعليه يؤكد علم نفس الشخصية الأحدث على أن التقسيم الثنائي dichotomy لمبدأ الصفات مقابل الموقفية Situationism (المبدأ النظري التعلمي) يزول في التفاعلية Interactionism. بالإضافة إلى ذلك يوجد في هذه الأثناء ضمن التشخيص النفسي مجموعة من الأساليب الاختبارية التي تقيس الدرجات المختلفة المتعلقة بالموقف لسمات السلوك والخبرة. وكمثال هنا نشير إلى قائمة القلق كحالة وكسمة لسبيلبيرغر. (النسخة الألمانية لاوكس وسبيلبرغر وآخرين .Laux, Spielberger et al.) الذي يقيس إلى جانب الميل للقلق (القلقية) بوصفه خاصية شخصية مستمرة زمنياً و وعابرة للموقف ثابتة و حالة القلق المتعلقة بالموقف.

وبعد أن قمنا بتنظيم التشخيص بالاختبارات ضمن الأبعاد والأهداف المختلفة للتشخيص النفسي، سوف نتعرض لتصنيف classification of Test procedure الأساليب الاختبارية بالمعنى الضيق. وسنسترشد هنا بشكل خاص بالوجوه المضمونية. ويقدم جدول (3) عرضاً تلخيصياً. ولن نتعرض للأساليب الاختبارية لتشخيص الإنجاز، ذلك أن اختبارات الإنجاز لا تلعب دوراً أساسياً في سياق العلاج النفساني. كما لن نتطرق هنا **للاختبارات الإسقاطية** بشكل تفصيلي على الرغم من أنها على علاقة (نظرية) وثيقة إلى حد ما وبشكل خاص بالتحليل النفسي و المبادئ العلاجية السيكودينامية، ولكن جدول (4) يتضمن عرضاً لأهم الاختبارات الإسقاطية. وسوف نركز أكثر على **اختبارات الشخصية السيكومترية**. فهي تحتل من دون شك الأهمية الأكبر من جهة التشخيص بالاختبارات في سياق التشخيص المستند إلى العلاج.

جدول (3) تصنيف أساليب الاختبارات من المنظور المضموني (المحتوى)
1. اختبارات الإنجاز
- **اختبارات الذكاء** - **اختبارات الإنجاز العامة.** - **اختبارات النمو** - **اختبارات التحصيل المدرسي و اختبارات القدرات المدرسية.** - **اختبارات الوظائف والكفاءات الخاصة.**
2. اختبارات الشخصية
2. 1 الاختبارات السيكومترية **- اختبارات بنية الشخصية**

- اختبارات إكلينيكية
- اختبارات الميول والاتجاهات

2. 2 الاختبارات الإسقاطية

- أساليب تفسير الشكل
- أساليب تفهم الموضوع (إدراك المواضيع عن طريق الترابط) **thematically apperception procedure**

أساليب تداعي الكلمات و الأساليب الإكمالية.

أساليب التشكيل الرسومية و اللعبية

جدول (4): بعض الأساليب الإسقاطية المنتقاة للراشدين

الاختبار	الاختصار	المؤلف
- اختبار تفهم الموضوع (إدراك الموضوع) **thematically Apperception Test** - اختبار رورشاخ (بقع الحبر) **Rorschach-Test**	**- TAT** **- RO-T**	**- Murray (1943)** **- Rorschach(1941)**
تقنية بقعة الحبر لهولتزمان **Holzman-Inkblot-Technique**	**HIT**	**Holzman et al. , (1961)**
اختبار الإحباط المصور **Picture-Frustrations-Test**	**PFI**	**Rosenzweig (1945)**

فإذا ما تتبعنا المنهجية المتبعة في جدول (3) فإن اختبارات بنية الشخصية و بشكل خاص الاختبارات الإكلينيكية تحتل هنا الأهمية الأكبر بالنسبة للعلاج النفساني. و سوف نتطرق لاحقاً لأهم أساليب التقويم الذاتية و تقدير الآخر [الطرف الثالث]. وسنقتصر هنا على عرض الأساليب بالنسبة لمجال الراشدين. إلا أننا في البداية سنتطرق بشكل أقرب ضمن هذا المجال المحدود إلى حقول التطبيق الجوهرية للتشخيص بالاختبارات في العلاج النفساني.

مجالات تطبيق التشخيص بالاختبارات في العلاج النفساني

ملاحظات عامة

حظي التشخيص القائم على العلاج (التشخيص المرجع إلى العلاج) في السنوات الأخيرة بأهمية مطردة بوصفه مظهراً جوهرياً من العملية التشخيصية. ويؤيد هذا العدد المتزايد من الكتب و المساهمات المتفرقة المنشورة حول هذا المجال من المواضيع. ومن الأسباب المهمة للاهتمام المتزايد بالمسائل التشخيصية في إطار العلاج النفساني يمكن الإشارة بشكل خاص إلى التطويرات الحديثة والمستمرة للأساليب العلاجية النفسانية و تمايزها المتقدم advancing differentiation والتصنيف المحسن للاضطرابات النفسية.

1. ففي إطار العلاج النفساني فإنه لا يمكن الاستغناء عن التشخيص النفسي في تحديد **الحالة الأولية** للمريض (الوصف، التصنيف، تحديد المشكلة Description, Classification, Problem definition) و **حالة الهدف** (التعديلات، أبعاد الهدف)؛
2. عند **الفصل** (**اتخاذ القرار**) حول أساليب العلاج الملائمة (طرح الفاعلية، ومضادات الفاعلية Indication and Contraindication)؛
3. و عند اختبار **مجرى و فاعلية** طرق التدخل المستخدمة (ضبط العلاج، مجالات التأثير، عمليات التغيير).

♦ وبالتالي يقصد بالتشخيص بالاختبارات القائم على العلاج تلك الأساليب الاختبارية و ما يرتبط بها من عمليات اتخاذ القرار التى يتم استخدامها قبل و في مجرى العلاج من أجل:

- الفاعلية Indication الانتقائية selective والمعدلة adaptive1
- لقياس التعديلات و تقويم نجاح العلاج. ♦

و سوف نقوم فيما يلي بتناول كلا المجالين المذكورين في التعريف للتشخيص بالاختبارات القائم على العلاج.

تشخيص الفاعلية indication diagnostic[2]

لم تلعب مسألة الفاعلية في سنوات التأسيس الأولى للعلاج النفسي أي دور يذكر. فقد أشار فرويد في عام 1904، ص116، إلى أن التحليل النفسي فاعل في علاج "... . الأشكال المزمنة من الهستيريا مع أعراض متبقية و لمجال كبير من حالات القهر وضعف الإرادة abulia وما يشبه ذلك". وفي هذه الأثناء تطور العلاج النفساني بسرعة كبيرة. ونشأت إلى جانب التحليل النفسي طرق علاج نفسية عديدة وجديدة وهو ما يعكسه هذا الكتاب أيضاً.

♦ يمكن صياغة مسألة الفاعلية في هذا السياق على النحو التالي:

- أي نوع من الإجراءات العلاجية أو من خلال أي تتالى لعناصر علاجيةsequence
- ومن خلال أي معالج
- ولأي هدف تكون هذه مقبولة وفاعلة مع
- أي نوع من المتعالجين (Seidenstuecker,1992)

[1] أي تلك التي كُيّفت أو عُدِّلت لِتفي بغرضٍ معيَّن.

[2] Indicationمبررات استخدام أسلوب علاجي ما أو طريقة من الطرق

- وأي نوع من المشكلات؟. وفي هذا السؤال تكمن الشروط الجوهرية المؤطرة للفاعلية العلاجية النفسانية. ♦

ووفقاً لفيتشين Wittchen يمكن للمرء التمييز بين نوعين من التشخيص القائم على العلاج، المرتبطان من ناحيتهما بمسألتين مختلفتين للفاعلية:

- فاعلية (تشخيص) انتقائي ذو توجه تنبؤي selective, prognostic oriented Indication(Diagnostic)،
- فاعلية (تشخيص) معدلة، قائمة على المجرى والنجاح adaptive, based on progress and success Indication(Diagnostic).

في **الفاعلية الانتقائية selective Indication** يتعلق الأمر باتخاذ القرار بين عدة إمكانات للمعالجة العلاجية therapeutically Treatment بهدف الفرز المثالي للمتعالج و المعالج و طريقة العلاج. وبما أنه توجد طرق وبرامج وتقنيات متزايدة باستمرار وإلى حد ما مختلفة جداً لعلاج الاضطرابات النفسية والنفسية الجسدية، فإنه يرتبط بهذا الأمر السؤال المتمثل في: ما هي الطريقة العلاجية الأكثر فاعلية لعلاج الاضطراب القائم (الفاعلية التنبؤية prognostic Indication). أما الفاعلية الانتقائية فينبغي تقريرها قبل بداية العلاج وأن تقوم على المعلومات التشخيصية حول المتعالج وعلى أساس المعرفة الخبراتية بمواصفات Specifica وإمكانات طرق العلاج النفساني.

وفي الممارسة العملية غالباً ما يتم باتخاذ قرار **بفاعلية انتقائية ذرائعية (عملية Pragmatic Selective Indication**، التي يتم فيها صياغة خطة علاجية قابلة للتحقيق تحت مراعاة العرض العلاجي therapeutically Tender المتوفر والقابل للتحقيق و هدف وأولويات التعديل عند المتعالج و الوقت المتوفر لذلك. وفي سياق مسألة الفاعلية لا بد أيضاً من مراعاة **الانتقاء الذاتي self-selection** عند المتعالجين الذي غالباً ما يقوم

على النظريات الذاتية (النظريات الشعبية) حول أسباب مشكلته الخاصة وقابليتها للعلاج و التنبؤ بها وكذلك على المعرفة والاتجاهات حول العلاج النفساني المحترف.

في **الفاعلية المعدلة adaptive Indication** (التي تسمى كذلك الفاعلية الإجرائية processualأو المتجهة نحو المجرى) يتعلق الأمر باتخاذ القرار حول نوع و حجم تعديل عوامل العملية العلاجية النفسانية. فاستناداً إلى تشخيص تعديلات سلوك المريض يتم تقديس مجرى العلاج من خلال هذه التعديلات استناداً إلى أهداف محددة. فالهدف النهائي هنا هو ملائمة الإجراء العلاجي على الحالة الفردية. و يحتل **تشخيص العملية و قياس التعديل** المرافق للعلاج أهمية مركزية هنا. ويرتبط **ضبط الممارسة Praxis Control**بمسألة الفاعلية بشكل وثيق هنا الذي يذهب من أنه يفترض توثيق التأثير العلاجي في الحالة الفردية من منظور طرح الفاعلية و مجرى العلاج وتقويم الخبرة.

♦ خلاصة القول يمكن الاستنتاج بأنه لا يمكن التمكن من اتخاذ قرارات الفاعلية في إطار العلاج النفساني بدون الإجراءات التشخيصية النفسية، حيث يلعب التشخيص بالاختبارات هنا دوراً أساسياً. ويرى زايدنشتوكر Seidenstuecker هنا الأساليب المفضلة التى يمكن من خلالها:

1. اتخاذ قرارات الفاعلية الانتقائية بين المدارس العلاجية؛
2. تبرير قرارات الفاعلية الانتقائية داخل المدارس العلاجية؛
3. إيجاد قرارات الفاعلية المعدلة في تصميم أو تطوير طرق التدخل.

قياس التعديل

يلعب قياس التعديلات في علم النفس العيادي و السيكوسوماتيك والطب النفسي تقليدياً دوراً مركزياً. ويتم فحص التغيرات هنا من خلال القياس المطابق لما يسمى

بقياس التغيرات. ويستند هذا القياس على تحديد التغيرات الكمية والكيفية، التي حصلت خلال فترة زمنية محددة. ينبثق أحد المداخل المهمة لقياس التعديل من خلال **تشخيص الحالة الفردية.** ولا يمكن في هذا المقام التطرق إلى المشكلات المنهجية النوعية لمبدأ تشخيص الحالة الفردية وطرق التشخيص الإحصائي المهمة في هذا المجال (من نحو تحليل التعاقب الزمني).

وكما تمت الإشارة في الفصل السابق يرتبط قياس التعديل في سياق العلاج النفساني بشكل وثيق مع اتخاذ القرار بالفاعلية. ويكثر استخدام الأساليب الاختبارية التشخيصية عند تحديد التغيرات في مجرى العلاج وفي تقويم نجاح العلاج. وتدعي غالبية أساليب تقويم الذات والآخر [الطرف الثالث] (أنظر فيما بعد) قياس التغيرات. إلا أنه انطلاقاً من حقيقة أنه قد تم تصميم العدد الأكبر من هذه الأساليب على أساس النظرية التقليدية للاختبارات تنجم بالنسبة للتشخيص بالاختبارات سلسة من **المشكلات** المتعلقة **بنظرية القياس**، التي لن نتطرق لها في هذا المقام.

ونريد بدلاً من ذلك الإشارة إلى المبادئ البديلة لقياس التعديل التي يتم اختيارها بناء على الصعوبات في قياس التغيرات في إطار النظرية التقليدية و بشكل خاص في أساليب التقويم الذاتي:

- التشخيص غير المباشر للتعديل.
- التشخيص المباشر للتعديل.
- تقويم تحقيق أهداف العلاج.
- تقويم الوضع (السيكوباثولوجي) بعد انتهاء العلاج.

وغالباً ما يتم الحصول على **المعلومات غير المباشرة للتعديل** خلال عمل تمايز بين قياسات الوضع. و لتطوير **الاختبارات الموازية Parallel Tests**(الاختبارات المكافئة)

فوائد جمة هنا، من نحو استبعاد تأثيرات الذاكرة و الذكريات عند تكرار القياس، إلا أنه لا يتوفر في الوقت الراهن سوى القليل جداً من اختبارات التقدير الذاتي الموازية في الميدان العيادي. ومن بين هذه الاستثناءات القليلة نذكر قوائم الأعراض Checklists ومقياس الحالة لزيرسين (V. Zerssen,1976 a B). وفي تصور **حساسية التعديل alteration sensitivity** تتم في إجراء اختباري محاولة اختيار تلك البنود التي تتغير على سبيل المثال قيمها الإحصائية الاختبارية بناء على التدخلات العلاجية و التي يفترض من خلالها أنها بالتالي حساسة للتعبير عن التعديلات. وبسبب المشكلات المنهجية والمضمونية الناجمة عن ذلك إلى حد ما فلم يجد هذه المبدأ انتشاراً واسعاً. وقد اختار بيكر Becker مدخلاً شبيهاً حصل فيه على أبعاد للحالة الانفعالية بوساطة التحليل العاملي الموازي للأشخاص Parallel -Factor analyses لدى أشخاص منفردين.

ويرى ستيغليتز Stieglitz أن **التشخيص المباشر للتعديل** يمثل أهم مبدأ جديد. فهنا يتم تدريج التعديل الحاصل عند شخص ما بشكل مباشر، حيث يتم تثبيت الأقوال لوصف التعديل المعاش ذاتياً في شكل مقارن comparative (من نحو أحسن، أسوأ على سبيل المثال). وتتوفر لقياس التعديل بعض الأساليب الاختبارية المعروضة في جدول (5). وتؤكد الدراسات ذات التوجه المنهجية المتوفرة ملائمة المبدأ للتعبير عن التعديلات.

وفي **تحقيق أهداف العلاج** يتم استخدام أساليب تتم من خلالها محاولة عكس التعديلات انطلاقاً من حالة الانطلاق (بداية العلاج) وصولاً إلى حالة الهدف (نهاية العلاج)، مع العلم أنه يتم هنا على الأغلب استخدام طرق متمركزة حول الفرد وتحليل الحالة الفردية. ويعد **تدريج تحقيق الهدف Goal Attainment Scaling** الذي يرمز له اختصاراً GAS من إحدى الطرق الأشهر لتقويم الإجراءات العلاجية النفسانية وقياس النجاح المتمحور حول الهدف وكذلك التصميم الذي يرجع إلى شابيرو من عام 1961 المسمى استبيان الشخصية.

وأخيراً عند **تقويم الحالة (السيكوباثولوجية) بعد نهاية العلاج** يتم فحص إلى أي

مدى تقع التعديلات المتعلقة بالتدخل داخل أو خارج مجال معياري محدد. ويعد هذا الإجراء ذو أهمية عملية وخصوصاً عندما تتوفر بالنسبة لاختبار ما قيم معيارية من عينات من أشخاص أصحاء، يمكن مقارنتها بعد انتهاء العلاج مع القيم التي تم الحصول عليها لمريض أو متعالج ما.

جدول (5): اختبارات تقويم ذاتي للتشخيص المباشر للتعديل

الاختبار	المؤلف
مقياس التغيرات الصحية المعاشة	Krampen & von Delius,1981
استبيان قياس الصحة النفسية	Eckert et al. ,1983
استبيان تغيرات والسلوك	Zielke & Kopf-Mehnert,1978
استبيان عملية التغير	Grawe,1982

استعراض للأساليب الاختبارية بالاستناد للعلاج

تعددية وسائل التشخيص المتمحور على العلاج

يشكل مبدأ تعددية الوسائل Multimodality فرضية أساسية للتشخيص النفسي-الإكلينيكي ومن ثم كذلك للتشخيص المتمحور حول العلاج. وتعني تعددية الوسائل (ويسمى أيضاً تعددية المنهجية Multi-methodical) اختيار المدخل المركب بدلاً من المدخل المحدد بشكل ضيق، أي اختيار الإجراء متعدد المتغيرات multivariate. وهنا يتم داخل التنويع داخل الفئات منفردة، مع العلم أنه يتم التفريق بين الفئات التالية:

- **مستوى البيانات**: مستوى بيولوجي، اجتماعي، نفسي، تبيؤي.

- **مصدر البيانات:** معطي المعلومات من نحو هو نفسه أو أشخاص آخرين (الأطر المرجعية، مقومون مُدَرَبون، المعالج... الخ).
- **مجالات الوظائف/ البناءات Constructs:** فئات الوظائف النفسية (من نحو الإدراك الاجتماعي) و فئات الاستجابة (من نحو السلوك الواثق) والبناءات المستخدمة من أجل التفسير.

في إطار التشخيص الاختباري المتمحور حول العلاج وفيما يتعلق بمستويات البيانات فإن المستويات النفسية و كذلك الاجتماعية إلى حد ما مهمة بشكل خاص. وفيما يتعلق بمصدر البيانات يتم استخدام معلومات المريض نفسه والمعالج على حد سواء. وطبقاً لذلك غالباً ما يتم استخدام أساليب تقويم الذات و الآخر. ويمثل تقويم الذات وبشكل خاص من خلال الاستبيانات طريقة الفحص التشخيصية الشائعة في البحث العلاجي النفسي بشكل عام. لهذا سنتطرق في الفقرة التالية إلى هذه المجموعة من الأساليب بشكل أقرب. وبعد ذلك سوف نتطرق لأساليب تقدير الآخر (الطرف الثالث). إلا أننا نؤكد في هذا المكان على أن الفصل بين أساليب تقويم الذات والآخر [الطرف الثالث] ليس فصلاً مطلقاً في النهاية ذلك أن كل أساليب تقدير الآخر (الطرف الثالث) تتضمن أيضاً بنوداً تقوم إلى حد ما أو لا تقوم إلا على البيانات الذاتية.

أساليب التقدير الذاتي

تم في العشرين سنة الأخيرة بشكل خاص تصميم كم كبير جديد يصعب حصره من أساليب التقدير الذاتي في مجالات مختلفة جداً أو تطويرها. وتكمن أسباب هذا التطور من جهة في الاهتمام المتنامي بشكل كبير للبحث العلم نفسي و الطبي النفسي بأدوات قياس موثوقة و صادقة من أجل الضبط الإجرائي للموضوع مجال الاهتمام. ومن ناحية أخرى تكمن الأسباب أيضاً في الأهمية المركزية لهذه المظاهر بالنسبة للممارسة الإكلينيكية، وبشكل خاص بالنسبة لتقويم التدخل العلاجي.

تقوم أساليب التقدير الذاتي كما يشير اسمها على القدرة على **الاستبصار الذاتي**

Self- reflexion (ملاحظة الذات، الاستبطان)؛ وهي تقدم وصفاً للذات و تقارير عن المرضى أو المتعالجين أو المراجعين أو العينات. ومن ثم فهي تصنف ضمن **اختبارات الشخصية الذاتية [الشخصية] subjective Personality Tests**. ويبدو أنه من المفيد فصلها عن المجموعات الأخرى من الأساليب الاختبارية (الاختبارات الموضوعية للشخصية، الاختبارات الإسقاطية)، وكذلك عن مجموعات اختبارية تشخيصية نفسية ذات الصلة بعلم النفس الإكلينيكي، والطب النفسي، والسيكوسوماتيك و العلاج النفساني، من نحو طرق المقابلة أو ملاحظات السلوك. ولكننا لن نناقش هذا الأمر في هذا المقام.

ويبرهن استخدام أساليب التقدير الذاتي أهميته بشكل خاص إذا ما كان الأمر يتعلق بقياس سمات يسهل الحصول عليها بواسطة تقدير الذات أو لا يمكن الحصول عليها إلا بأساليب تقويم الذات (من نحو الشكاوى، الحالة). ومن ناحية أخرى تكمن قيمة تلك الأساليب في ذلك المجال من السمات التي يمكن قياسها كذلك من خلال ملاحظة الآخر. فكما هو الحال على سبيل المثال في تشخيص القلق و الاكتئاب فإنه غالباً ما تحتل المقارنة بين تقويمات الذات و التقويمات من الآخر مركز الصدارة.

في الاستخدام العملي لأساليب التقدير الذاتي ينبغي أخذ مجموعة من **مصادر الخطأ** بعين الاعتبار و مراعاتها طبقاً لذلك عند تفسير النتيجة:

- مصادر الخطأ المرتبطة بتصميم الاختبار (من نحو غموض الصياغة على سبيل المثال).
- أخطاء الجهل (أو عدم المعرفة) المرتبطة بأخطاء التذكر و التعبير عن الذات (من نحو عيوب الذاكرة، وهم الذات... الخ على سبيل المثال).
- التزويرات المقصودة (من نحو التزييف simulation والتهوين bagatelisation على سبيل المثال).
- ميول أو اتجاهات الإجابة Answers Tendency (اتجاهات الإجابة response Sets

) (كالمرغوبية الاجتماعية social desirable على سبيل المثال).

ويمكن وصف و تصنيف أساليب التقدير الذاتي وفق الوجوه المضمونية والمنهجية. فمن وجهة النظر **المنهجية** يمكن التمييز بين الأساليب المنفردة وفق طرق التدريج المختلفة (من نحو اللفظي verbal، الرقمي numerical، التخطيطي graphic على سبيل المثال) أو حسب النظرية الكامنة خلفها (التقليدية أو نموذج الاختبار الاحتمالي probabilistically Test Model). ومن وجهة النظر المضمونية يمكن تقسيم أساليب التقدير الذاتي وفق الثبات الزمني و العابر للموقف timed or trans situative Stability فيما يتعلق بالسمات المقاسة (قياس متغيرات الحالة أو السمة أو كليهما trait- and/or State-Variable)، ووفق أبعادها (متجانسة/ أحادية البعد مقابل غير متجانسة/ متعددة الأبعاد homogeny/uni-dimensional versus heterogenic/multidimensional) أو بناء على المجموعة التشخيصية الهدف (من نحو أصحاء-مرضى على سبيل المثال).

ويقدم جدول (6) عرضاً لأهم **اختبارات الشخصية متعددة الأبعاد** (استخبارات الشخصية) المطورة أو المعدلة في المحيط الناطق بالألمانية. ويتعلق الأمر هنا بأساليب يمكن استخدامها في المجالين النفسي-السوي و المجال العيادي-العلاجي والتي تدعي بتحديدها للشخصية بشكل شامل قدر الإمكان، وتهدف إلى قياس سمات الشخصية الثابتة زمنياً (من نحو الانبساطية/ الانطوائية، العصابية في استخبار آيزنك للشخصية على سبيل المثال). وإلى جانب ذلك يتم في بعض الاختبارات جمع معلومات بيوغرافية (كالقائمة البيوغرافية لتشخيص اضطرابات السلوك biographical Inventory for Diagnoses of Behavior Disorders على سبيل المثال)، والعلاقات البيئية (كاختبار غيسن Giessen Test). وفي غالبية الاختبارات المعروضة تم تصميم مقاييس الاختبار (الأبعاد) بوساطة **التحليل العاملي** (من نحو قائمة فرايبوغ للشخصية، اختبار العوامل الستة عشرة)، بالمقابل فإن تصميم "أصل Classicar"كل اختبارات الشخصية المعروف تحت اسم اختبار مينسوتا المتعدد الأوجه للشخصية MMPI، على أساس المعايير (المحكات criterion).

جدول (6):مقاييس شخصية متعددة الأبعاد (اختيار)

الاختبار	الاختصار	الباحثون
القائمة البيوغرافية لتشخيص اضطرابات السلوك Biographical Inventory for Diagnoses of Behavior Disorders	BIB	Jaeger et al. ,
استخبار آيزينك للشخصية Eysenck-Personality Quaternary	EPQ	Eysenck (Egert,1983-Germany)
مقياس فريبورغ للشخصية Freiburger Personality Inventory	FPI	.Fahrenberg et al
اختبار منسوتا المتعدد الأوجه للشخصية Minnesota Multiphasic Personality Inventory	MMPI	Hathaway & McKinley, 1963
اختبار غيسن Giessen-Test	GT	.Beckmann et al
مقياس ترير للشخصية Trierer Personality Scale	TPF	Becker, 1989

اختبار العوامل الستة عشر للشخصية 16-Peronality Factors-Test	16 PF	Schneewindet al,
مقياس العوامل الخمسة الكبرى الجديد NEO-Five Factors Inventory	NEO-FFI	Costa and McCrae (Borkenau & Ostendorf,1993-Germany)

فإذا عدنا **لاختبارات التقدير الذاتي الإكلينيكية** فسوف نجد هنا أن التقسيم يتم وفق مجال السمات المقاسة باعتبارها محكات تصنيف شائعة. وتخضع لمثل هذا التقسيم كذلك الأساليب الاختبارية المعروضة في جدول (7). واستناداً إلى شتيغلتز Stieglitz قمنا أيضاً بتقسيم الأساليب الاختبارية مرة أخرى إلى اختبارات عابرة لمجموعات الاضطرابات و اختبارات متمحورة حول مجموعات من الاضطرابات. وإلى جانب المجالات "التقليدية" والمركزية أيضاً بالنسبة للممارسة النفسانية العلاجية **كالقلق والاكتئاب** تم كذلك عرض مجالات "جديدة" على سبيل المقارنة **"كالدعم الاجتماعي"** و **"الغضب"**. ومن المؤكد أن أهمية المجالات الأخرى من السمات من نحو **"المشكلات البينشخصية"** على سبيل المثال ليست جديدة بالنسبة للعلاج النفساني، إلا أنه لم تتوفر بالنسبة للمجال الناطق بالألمانية في هذا المجال أدوات تقويم ذاتي مختبرة إلا منذ وقت قصير.

ومع أن **اضطرابات الشخصية** مازالت تمثل بالنسبة للمبادئ العلاجية السلوكية-الاستعرافية مجال ممارسة جديد على سبيل المقارنة، فإن للاهتمام بهذه الصور من الاضطرابات داخل التحليل النفسي تقليد طويل راسخ. إلا أن هذا المجال من

اضطرابات الشخصية ظل لفترة طويلة مهملاً جانب التشخيص الاختباري ولم يلق إلا القليل من الاهتمام. غير أنه منذ إدخال الدي أس أم الثالث المعدل DSMIII-R تم تطوير الكثير من أدوات الفحص لقياس اضطرابات الشخصية. وهنا تسود على الأغلب المقابلات المعيرة. ولا تتوفر أساليب التقدير الذاتي حتى الآن إلا في المحيط الأنجلو أمريكي بشكل أساسي.

وبالنسبة لمجال **اضطرابات الطعام** (فرط الشهية وفقدانها Anorexia and Bulimia) فإن هذا المجال يحظى بأهمية مطردة في العلاج النفساني. وتتوفر بالنسبة لهذا المجال من الاضطرابات مجموعة من مقاييس التقدير الذاتي. وقد تم عرض مثالين منها في جدول (7).

وفي ختام هذا العرض المختصر حول أدوات التقدير الذاتي ذات الأهمية العلاجية و الإكلينيكية لابد من الإشارة إلى أن هذه المجموعة من الأساليب تحظى بأهمية كبيرة خارج مجال استخدامها الأساسي أيضاً. و نشير هنا كمثال لمجالات البحث و الممارسة إلى مجال **مواجهة المرض**. ومن بين أهم مقاييس التقدير الذاتي المطورة لهذا المجال بشكل خاص نشير إلى **مقياس فرايبورغ لتمثل المرض** لموثني Muthny الذي يتوفر أيضاً على شكل تقدير الآخر، وكذلك **مقاييس ترير لمواجهة المرض** لكلاور وفيليب Klauer & Filipp.

جدول (7): أساليب تقدير ذاتي (انتقاء)

المجالات	الأسلوب	الاختصار	الباحثون
عابر لمجموعة الاضطراب			
السيكوباثولوجيا ككل	**التقرير الذاتي** Self-Report	SCL-90	Derogatis et al. ,1976

	قائمة الأعراض Symptom inventory	SCL-90-R	Franke,1995
الحالة state (الإحساس الراهن)	مقياس الحالة	BF-S	Zerssen –
	استبيان الحالة	BF	Becker
	قائمة كلمات الصفات	EVL	Janke & Debus
شكاوى	قائمة شكاوى غيسن	GBB	Braehler & Scheer
	قائمة الشكاوى	B-L	Von Zerssen
	قائمة فرايبورغ للشكاوى	FBL	Fahrenberg
الرضا عن الحياة	مقياس الرضا عن الحياة	FLZ	Braehler et al
الدعم الاجتماعي	استبيان الدعم الاجتماعي	F-SOZU	Sommer & Fydrich
المشكلات البين شخصية	قائمة لقياس المشكلات البينشخصية	IIP-D	.Horowitz et al
متمحور حول مجموعة الاضطراب			
القلق	قائمة القلق كحالة وكسمة	STAI	.Laux et al

	استبيان حول الاستعرافات المسببة للقلق	ACQ	Chambless et al.
	قائمة بيك للقلق	BAI	Beck, et al
الاكتئاب	قائمة بيك للاكتئاب	BDI	Beck, et al
	المقياس العام للاكتئاب	ADS	Hautzinger , et al.
الغضب	قائمة التعبير عن الغضب كحالة وكسمة	STAXI	Schwenkmezeger et al.
القهر	قائمة هامبورغ للقسر (صيغة طويلة ومختصرة)	HZI	Zaworka, et al.
اضطرابات الشخصية	قائمة النرجسية	NI	Denke & Hilgensstick
اضطرابات الطعام	قائمة اضطرابات الطعام Eating Disorder Inventory	EDI	Thiel & Paul
	استبيان لسلوك الطعام	FEV	Pudel & Westenhoefer
العصابات	الفحص النفسي و	PSKB-Se	Rudolf

(ككل)	التواصلي الاجتماعي		
	المقياس البرليني لتشخيص العصاب	BNVD	Haengen

أساليب تقدير الطرف الثالث

تشكل أساليب تقدير الطرف الثالث **مقاييس التقدير أو التصنيف Rating Scale)** من أجل وصف المجرى و الحالة، إلى جانب أساليب التقدير الذاتي أكبر مجموعة من حيث العدد من الأساليب داخل التشخيص الاختباري الإكلينيكي والقائم على العلاج. و لأساليب تقدير الطرف الثالث من حيث المبدأ مجالات استخدام شبيهة بمقاييس التقدير الذاتي، إلا أنه توجد مجالات مهمة إكلينيكياً التي لا يمكن تحقيقها إلا من خلال تقديرات أو ملاحظة الآخر بشكل عام أو في جزء كبير منها. ومن بين هذه المجالات، التي تعد ذات أهمية بشكل خاص في سياق الاضطرابات الذهانية، هناك على سبيل المثال اضطرابات التفكير و ظواهر الهذيان أو الأعراض الفصامية السلبية.

وكما هو الحال في أدوات تقدير الذات فإن استخدام مقاييس تقدير الطرف الثالث قد يتضمن **مصادر خطأ**. ومن بين مصادر الخطأ هنا اتجاهات الإجابة response sets عند المقوِّم (من نحو الميل نحو الإجابات المتطرفة) و كذلك أخطاء التقويم المنهجية (أخطاء من خلال الاستنتاجات الخطأ، من نحو تأثير الهالة Halo-Effect).

ويمكن تقسيم أساليب تقدير الآخر بناء على محكات مختلفة. إذ يمكن تصنيفها بناء على **مصادر البيانات** المستخدمة (طبيب/ متخصص نفسي، ممرضين، أقارب... الخ). وفي الدراسات العلاجية بشكل خاص غالباً ما تتم المناداة باستخدام مصادر متنوعة من البيانات من أجل التقويم. وهذا يلائم مبدأ تعددية الأبعاد الذي تطرقنا له سابقاً. وكما هو الأمر في أساليب التقدير الذاتي فإن التقسيم الشائع لأساليب تقدير الطرف الثالث يتم حسب مجال السمات. وقد اتبعنا هذا الأساس في التقسيم في عرضنا

لمقاييس تقدير الطرف الثالث الشائعة في المحيط الناطق بالألمانية في جدول (8).

ويعد كل من **القلق والاكتئاب** من بين مجالات السمات التي تتوفر حولها أساليب تقدير من الطرف الثالث. ومن بين الأدوات ذات الانتشار والشهرة الأوسع مقياس هاملتون للاكتئاب Hamilton Depression scale(HAMD). وهناك كذلك مقياس هاملتون للقلق. أما بالنسبة للظواهر الأخرى **كاضطرابات القهر** على سبيل المثال فلا توجد حتى ألآن إلا القليل من مقاييس التقدير. لهذا وضعنا في عرضنا في الجدول مقياس يال براون للأفعال القهرية Y- Yale Brown Obsessive compulsive scale) (BOCSباعتباره واحد من الأدوات القليلة المتوفرة في المحيط الناطق بالألمانية. وإلى جانب المقابلات المعيرة و أساليب التقدير الذاتي يتم في تشخيص **اضطرابات الشخصية** استخدام قوائم محكات أو قوائم Criterion and Checklists، تفيد بشكل خاص التشخيص التصنيفي وفق الدي أس أم الثالث المعدل أم الآي سي دي العاشر. ومن وجهة النظر المنهجية الشكلية فإنه مثل هذه القوائم تصنف ضمن أساليب تقدير الآخر، وهو ما دعا إلى عرض نموذجين ناطقين بالألمانية. وتمثل الشيخوخة geriatricمجال تطبيق للتشخيص بالاختبارات، يحظى بأهمية متزايدة من وجهة النظر النفسية العلاجية. و يعد مقياس التقدير العيادي للشيخوخة لساندوز Sandoz Clinical Assessment Geriatric Scale(SCAG) المعروض في الجدول من أكثر الأساليب المستخدمة في هذا المجال، وبالمقابل وعلى سبيل المقارنة فإن مقياس ملاحظة الممرضين للمرضى كبار السن(NOSGER) Nurses Observation Scale for Geriatric Patients) مازال مقياساً جديداً.

وأخيراً نريد التطرق للعلاقة بين مقاييس التقدير الذاتي ومقاييس تقدير الآخر بشكل أقرب. وكما أشرنا سابقاً فقد انصب الاهتمام بشكل كبير في أبحاث القلق والاكتئاب على العلاقة بين تقديرات الذات والآخر [الطرف الثالث].

و من أهم النتائج الإمبيريقية للمقارنة بين تقويمات الذات والآخر [الطرف الثالث] يمكن الإشارة إلى:

- لا يظهر الارتباط بين تقديرات الذات والآخر [الطرف الثالث] كبيراً و هذا يشير إلى بناء ظواهر مختلفة.

تكون الارتباطات أعلى إذا ما تم الاقتصار على مواضيع يمكن الحصول عليها من خلال التقارير اللفظية.

الارتباطات في بداية العلاج، في بداية الطور الحاد للمرض أقل، وتصبح بعدئذ أكبر.

تعطي مقاييس التقدير الذاتي صورة أعم للحالة من أساليب تقدير الآخر.

جدول (8): أساليب تقدير الآخر (انتقاء)

المجالات	الأسلوب	الاختصار	الباحثون
الباثوسيكولوجيا ككل	**منظومة** AMDP	AMDP	AMDP
	موجز مقياس التقدير الطبي النفسي Brief Psychiatric Rating Scale	BPRS	Overall & Gorham
القلق	**مقياس هاملتون للقلق**	HAMA	Hamilton
	قائمة حالة القلق Anxiety Status Inventory	ASI	Zung
	مقياس الهلع، ورهاب الأماكن العامة	P&A	Bandelow
الاكتئاب	**مقياس هاملتون للاكتئاب**	HAMD	Hamilton

	قائمة حالة الاكتئاب Depression Status Inventory	DSI	Zung
	قائمة أعراض الاكتئاب	IDS	Hautzinger and Bailer
القهر	مقياس يال براون للأفعال القهرية Yale Brown Obsessive compulsive scale	(Y-BOCS)	Buettner-Westphal
اضطرابات الشخصية	قائمة سمات آخن لقياس اضطرابات الشخصية	AMPS	Sass & Mende
	قائمة ميونخ التشخيصية لاضطرابات الشخصية	MDCL-P	Bronisch, et al .
العصابات ككل	الفحص النفسي و التواصلي الاجتماعي	PSKB	Rudolf
الشيخوخة	مقياس التقدير العيادي للشيخوخة لساندوز Sandoz Clinical Assessment Geriatric Scale	(SCAG)	Shader, et al .
	مقياس ملاحظة المرضين للمرضي كبار السن Nurses	(NOSGER)	Brunner & Spiegel

	Observation Scale for Geriatric Patients		

خلاصة

♦ هدفت المساهمة الحالية إلى تحقيق هدفين. الأول تقديم عرض مختصر في أسس التشخيص بالاختبارات، بمقدار أهميتها للممارسة النفسية العلاجية. وقد قدمنا هذا في القسمين الأول والثاني من هذا الفصل حول مفهوم الاختبار و التصنيف. إلا أنه وكما أشرنا سابقاً فإنه ليس من الممكن تقديم عرض شامل في هذا الإطار المحدود حول كل المظاهر الأساسية للتشخيص بالاختبارات النفسية. وفي الجزء الثالث حاولنا تقديم عرض مختصر لمجالين مهمين من مجالات استخدام التشخيص بالاختبارات في العلاج النفساني، أي في مجال تشخيص التأثير Indication diagnostic و قياس التعديل.

والهدف الثاني المهم كان تقديم عرض منهجى للممارس المعالج النفساني حول أساليب الاختبارات العلاجية النفسانية المهمة وتسهيل اتخاذ القرار عليه باختيار الاختبار المناسب. وهذا ما التزمنا به عند عرض أساليب تقدير الذات والآخر [الطرف الثالث]. ونأمل أن تكون مساهمتنا قد أسهمت بتوضيح أهمية التشخيص بالاختبارات النفسية بالنسبة للممارسة العلاجية النفسانية والاستمرار بتحسين تقبلها في هذا المجال من التطبيق. ♦

الباب الثالث

العلاج النفساني بالتحليل النفسي

الباب الثالث

الفصل السابع

العلاج النفساني بالتحليل النفسي

7. أسس العلاج النفساني بالتحليل النفسي

W. Mertens

المريض المعاني: التصور الأساسي لفهم الصراع و المرض في التحليل النفسي

لا يعاني المرضى الذين يلجئون هذه الأيام لمحلل نفساني من أعراض ومشكلات محددة فحسب وإنما يعانون بصورة أشمل من أنفسهم ذاتها ومن حياتهم. وحالات معاناتهم عبارة عن نتيجة للصراعات اللاشعورية وعاقبة لخبرات الطفولة الصادمة. بل أنه غالباً ما تطورت تشكيلات الخبرة إلى اضطراب واسع إلى حد كبير أو قليل في الشخصية، يمتد ليشمل تقريباً كل مجالات الخبرة والتفكير و الأحاسيس الجسدية والكفاءات الاجتماعية وإدراك الذات والآخر [الطرف الثالث]. وفي علاج تحليلي نفساني تتغير حصص اضطرابات الشخصية التي كانت مسؤولة عن استمرارية أزمات و صعوبات المريض. ولكن يفترض كذلك أنه بعد علاج تحليلي نفساني موفق أن يصبح المرضى الذين يعانون من تقييدات في مخططات حياتهم وفي آمالهم و فرص علاقاتهم

قادرين على إيجاد طريقهم –لا يوجد أي محلل ولا أي علاج قادر على إبطال خبرات طفولية صادمة ومرهقة محددة وتأثيراتها. وبهذا حتى لو أن التحليل لا يمكنه أن يكون واعداً بالشفاء، إلا أن التعامل مع خبرات الحياة المرهقة وما ينجم عن ذلك من عواقب عصابية يتغير بشكل كبير جداً.

تنطلق تقنية العلاج التحليلية النفسية من أن الأعراض والصراعات التي تقود مريض ما إلى المحلل النفسي لم تنشأ من خلال الظروف و الأحوال الراهنة المقيتة للحياة. ويفترض أن الأعراض و الصراعات ترجع إلى خبرات الطفولة الباكرة. وفي المراجع حول التحليل النفسي ينظر إليها على أنها صراعات لاشعورية و هوامات لاشعورية، وقناعات مرضية و صدمات (انصدامات Traumatization) و قصور في النمو و كوابح و تقييدات للكفاءات المهمة و اضطرابات في تقدير لذات.

ويقدم جدول (1) لمحة حول أهم التصورات التي تم وصفها من المحللين النفسيين و قاربوها approach.

جدول (1) أحجار البناء الأساسية لتصور التحليل النفسي للمرض
صراع لا شعوري
إنه ذلك الصراع الذي ينشأ على أساس عدم الاتفاق بين النزوعات والرغبات ودمج أو تكامل الأفعال Act integrations **الطفولية والمطالب الوالدية ويقود على الأغلب إلى تحقيق حلول وسطى تأخذ طبيعة أعراضية. أساس الصراع اللاشعوري هو صراع شعوري في الحاضر. (مثال: صراع شعوري: "هل أبدل عملي؟ إنسان ضائع بين هذا وذاك؟ صراع لاشعوري: أيحق لي الاستقلال عن والدي أم أني سأتسبب لهما بالحزن؟).**
هوام لاشعوري

وتنشأ كمحاولة حل طفولية لصراع لاشعوري (مثال: عندما يتم تفضيل أخي علي بشكل غير مبرر ومع هذا علي أن أتخلى عن التعبير عن غضبي، وإلا سوف أفقد كل حب والدي، فسوف أرسم في خيالي على الأقل كيف يمكنني عقاب الآخرين")

قناعات مرضية

وهي تنشأ كاستجابة معاشة على التصرفات والاتجاهات الوالدية فيما يتعلق بتصرفات الطفل ("إذا ما تجرأت على أبسط انتقاد لوالدي فسوف أعاقب بشدة").

أنصدامات

إنها الخبرة الذاتية للأحداث المرهقة التي تتجاوز قدرة الإنسان على المواجهة و الدفاع. ويمكن التمييز بين تأثيرات ' انصدام وحيد (صدمة مرعبة) وانصدامات متكررة أو مستمرة permanent (صدمة متراكمة cumulative Trauma). ويمكن للانصدامات المستمرة أن تظهر كذلك من خلال ما يسمى بصدمة النمو، التي لا يستطيع فيها الوالدين التأقلم بشكل جيد مع الحاجات المتناسبة مع السن لطفلهم.

كوابح نمائية developmental inhibition

تقود الصراعات اللاشعورية والانصدامات و الهوامات اللاشعورية و القناعات المرضية إلى كوابح نمائية في خطوط ومجالات نمائية محددة (وبهذا الشكل لا يجرؤ على سبيل المثال طفل فضولي يتم إرعابه منذ البداية إن يظل فضولياً ويتوقف عن استكشاف عالمه الطفولي بفضول و بهجة).

قصور نمائيdevelopmental deficit

يمكن للصراعات اللاشعورية والانصدامات والهوامات اللاشعورية والقناعات المرضية التي تستجر كوابح نمائية أن تقود إلى قصور نمائي. ويحدث هذا دائماً عندما تظل الكفاءات النمائية غير المستثمرة عاجزة بسبب النقص في التدريب. إلا أنه ينبغي

عدم تشخيص قصور النمو بسبب دلالاتها التبخيسية pejorative connotation إلا فيما ندر؛ وبشكل خاص لأن كثير مما يسمى بالقصور يظهر بعد الفحص الدقيق على أنه ليس أكثر من كبح مرتبط بالصراع للنمو.
اضطرابات في قيمة الذات
وهي التخفيض و التضرر في مشاعر القيمة الذاتية الناجمين عن الصراعات اللاشعورية والانصدامات و الهوامات اللاشعورية و القناعات المرضية وكبح النمو؛ وفي الحالة المتطرفة تتشكل كنتيجة لإجراءات مضادة منظمة لقيمة الذات اضطرابات نرجسية للشخصية؛ وفي الحالة المتطرفة تتكون خبرة مضطربة لقيمة الذات، وهو ما نجده في كثير من الصراعات العصابية واضطرابات الشخصية.
اضطرابات الشخصية
تقود التقييدات و الكف لإمكانات النمو السليمة الناجمة عن الصراعات اللاشعورية والانصدامات و الهوامات اللاشعورية و القناعات المرضية الصراعات والانصدامات و التكوين الهوامي phantasy Formationو التسوية والتنظيم المضطرب لقيمة الذات، تقود لدى الأشخاص العصابيين إلى تشكل ضروب محددة من بنى الشخصية (من نحو التشكيك، اللجاجة obstinacy ، العناد obduracy، طموح مفرط نحو الاعتراف (الظهور) و المنافسة revalization) وتكوين المثل الأعلى العصابي (من نحو الدماثة المفرطة excessive courteous، نمط الحياة التصوفي أو التزهدي ascetical على سبيل المثال) و إلى أشكال عصابية محددة من التفكير و الخبرة (من نحو التركيز الشديد على الموضوعي والفكري). ويمكن بشكل عام اعتبار هذا الاتجاه و الوضعية اضطراب في الشخصية.

الاتجاهات المدرسية التحليلية النفسية في تبسيطها النموذجي

لن يمر إسهام بأسس العلاج النفساني بالتحليل النفساني من دون الصعوبة المتمثلة

في أن التحليل النفسي أو العلاج بالتحليل النفسي لم يعد موجوداً منذ زمن بعيد جداً. وإنما يوجد عدد كبير جداً من الرؤى المختلفة والتقاليد، والتي يمكن تسميتها أيضاً بالاتجاهات المدرسية، استناداً إلى المكونات الأساسية للنظرية والطرق العلاجية التحليلية النفسية.

إلا أن المقاربة approach الأكثر دقة دائماً وتطويرات الفرضيات الأساسية لاتجاه مدرسي تحليلي نفساني محدد (من نحو علم نفس-الأنا Ego-Psychological، علم نفس الذات Self-Psychological، الكلاينية Kleinianical[1]) قد نمّت لدى كثير من الممارسين الحاجة إلى التعرف إلى نقاط التشابه والاختلاف بين الأساليب المختلفة. إنهم لايريدون النظر لظواهرية و ديناميكية و منشأ صراعات وانصدامات الشخص الذي يتم تحليله من زاوية تحليلية نفسانية وحيدة فحسب وإنما يريدون النظر إليها من منظور عابر للمدارس. إذ أنه مما لاشك فيه أن النهج التكاملي، المعدل وفق المريض الفرد منذ قديم الزمان هو الشكل الرائج لدى بعض المعالجين الممارسين. إلا أنه يبدو أنه من الضروري تقديم عرض حول الفرضيات الأساسية الكامنة وراء المنظور التحليلي النفساني المعني، وذلك بالنظر إلى صورة الإنسان وفهم الصراع و التفاعل مع المحيط و الاتجاه التحليلي و فهم النقل و النقل المعاكس و المقاومة و عوامل التأثير... الخ على سبيل المثال.

وتتوفر في الوقت الراهن العديد من الأعمال في مراجع البحث الأحدث تم فيها القيام بمثل هذا العمل التوضيحي من خلال مناقشة حالات ملموسة مقارنة comparative. فقد قام ميللر وبوست (Miller & Post,1980) على سبيل المثال بالتسجيل الحرفي verbatim لجلسة علاج لمعالج نفسي بطريقة علم نفس الذات Self-Psychologist، و منظر دافعي وبنيوي و متخصص نفساني نمائي developmental Psychologist ومحلل نفساني بينشخصي interpersonal psychoanalyst وكلايني Kleinianist ومنظّر بريطاني بعلاقة الموضوع، و محلل نفساني ذو توجه بيولوجي عصبي

[1] نسبة إلى ميلاني كلاين

بينتخصصي ولاكاني[1] Lacanianist؛ كما اتبع بولفر (Pulver,1987) و هونتر (Hunter,1994) أسلوباً مشابهاً. أما فاين وفاين (Fine & Fine,1990) فقد قاما بتوثيق النموذج الأصلي prototype لمعالج كلايني و الكوهوتياني[2] Kohutianist ومحلل نفسياني تقليدي و محلل كيرنبيرغي Kernbergist ووجدا فروقاً دالة في أشكال التفسير المختلفة.

وتتضمن الجداول المعروضة في الفقرات المنفردة في هذه المساهمة حول تقنيات العلاج التحليلي النفساني ثلاثة نماذج: نموذج صراع الدافع، ونموذج العجز (القصور) في بينة الأنا و الذات النمائي النفسي الذي يسمى اختصاراً بنموذج النمو–القصور Development-Deficit-Model.

ويمكن وصف **نموذج صراع الدافع** بأنه التحليل النفسي التقليدي، الذي تتم ممارسته حتى اليوم و الذي يعتمد بشكل قوي على تصورات فرويد، إلا أنه يتضمن التطويرات اللاحقة في علم نفس البنية و علم نفس الأنا ويحافظ إلى حد ما على ما هو مهدد بالضياع من خلال القليل من مساعي التحديث: أي بنية الانفعال و الدافع المتجذرة في البنية الجسمية للإنسان، والأشكال المتنوعة لخداعه لذاته والانحباس التنشئوي socialisatory في الإيديولوجية الاجتماعية المعنية.

ويتبنى نموذج قصور بنية الذات و الأنا النفسي النمائي (الذي يختصر **بنموذج القصور النمائي)** أفكار علم نفس الأنا الأمريكية لسنوات الستينيات والسبعينيات من القرن العشرين، ويتضمن عناصر من نظرية علاقات الموضوع على سبيل المثال من وينكوت Winnicott و تصورات كوهوت Kohut وتلامذته، الذين مازالوا حتى الوقت الراهن يعملون على تطوير أفكار كوهوت الأصلية (من نحو آتوود Atwood وباسال Basal وستولورو Stolorow ولخمان Lachman على سبيل المثال). وعلى خلاف نموذج صراع الدافع يركز هذا النموذج بشدة على تأثير الاتجاهات والتصرفات الوالدية المرضية

---

[1] نسبة إلى لاكان

[2] نسبة إلى كوهوت Kohot

على الطفل النامي ولهذا السبب فهو ينزلق لدى معظم الباحثين في خطر المبالغة بالتبسيط الشديد في بعض الأحيان لدور المحيط.

ويرجع **نموذج صراع العلاقة** إلى أفكار سوليفان وسيرلس Sullivan & Searles وتتم ممارسته في الوقت الحاضر على سبيل المثال من المحليين النفسيين أمثال غيل Gill و هوفمان Hofman، وميتشيل Mitchel، ومع بعض التقييد أيضاً أ. م. ساندلر A. M. Sandler و ج. ساندلر J. Sandler، وفي ألمانيا على سبيل المثال باوريدل Bauriedel وإيرمان Ermann وروتمان Rotmann. ويتم التركيز-متأثر هنا أيضاً بالمبادئ المنظومية و الدينامية الأسرية- على الطبيعة البين شخصية والتبادلية reciprocal للعلاقات البين إنسانية، مع العلم أنه يركز وعلى خلاف الرؤية النفسانية الاجتماعية والمنظومية على تقوية البين شخصية والبين نفسانية (الضمنية) Intrapsychological and Intrapersonal (وبشكل خاص في صيرورته البيوغرافية). ويمنع التفاعل بين المحيط والدافع أو الأم المنشئة اجتماعياً (التي تقوم بالتنشئة الاجتماعية) و فطرة الدافع الطفلي منذ بداية الحياة انهيار الجانبين بشكل غير منطقي ومن البديهي أن يكون لهذه الرؤية -كما هو الحال في النموذجين الآخرين- نتائج مهمة بالنسبة لفهم الوضع والاتجاه التحليلي النفساني .

وانطلاقاً من هذا فإنه ينبغي عدم إساءة فهم الجداول المعروضة في هذا الفصل بأن العمود الأول والثاني المتضمنان نموذج صراع الدوافع و نموذج القصور في النمو قد تم تجاوزهما ولهذا السبب لم يعودا يلائمان الأسلوب التحليلي النفساني العصري. فالرؤية التقليدية على سبيل المثال قد تكون مهمة جداً من أكثر من وجه (عند التأكيد على القيمة المركزية للهوامات اللاشعورية على سبيل المثال)، إلا أنه من وجوه أخرى لا يمكن قبولها إلا بتقييدات (من نحو ما يتعلق بتحليل النقل التقليدي على سبيل المثال). وتتضمن النماذج الثلاثة خيارات مهمة يتم مزجها بأشكال مختلفة من قبل كثير من المحللين النفسين العاملين في الوقت الراهن حسب الفاعلية لدى مريض محدد. وبهذا فإن ما يسمى بالتعلم من عدة معلمين Learning from many Masters، و هو ما يتطلبه باحثو العلاج النفساني الراهنون فيما يتعلق بتحقيق العلاج النفساني العام، قد بدأ في النظرية

التحليلية النفسية والممارسة منذ أبد بعيد جداً.

وفي هذا الفصل يبدأ العرض المقسم وفق الاتجاهات المدرسية منفردة بتدقيق الفرضيات المعنية حول مفاهيم النمو و الصدمات والصراع (جدول 2) و تلك الصورة للإنسان (جدول 3).

جدول 2: النمو والصدمة والصراع

نموذج صراع الدافع	نموذج القصور النمائي	نموذج صراع العلاقة
نزوعات دافعية عدوانية و ليبدوية تبحث باستمرار عن إرضاء الدافع: و بناء على الإحباط الحتمي (الامتناع عن إعطاء الثدي) والانصدامات (ولادة أخ على سبيل المثال) و المعايير الاجتماعية (التربية على النظافة) يحدث قمع وكبت للنزوعات الدافعية. النموذج الأصلي Prototype للصراع هو ذلك الصراع بين الهو و الأنا الأعلى، بين فطرة الدافع الإنساني و مطالب المجتمع.	ينجم الاضطراب لأنه لا يتم إشباع الحاجات الأساسية التماسك الذاتي Self-coherence من الوالدين أو الأطر المرجعية الأخرى المهمة. وبناء على قصورهما الذاتي كان الوالدان غير قادرين أن يمثلا لأولادهما وظائف مواضيع ذات self-object-Function جيدة. في الحياة اللاحقة يبحث الإنسان المتأذى فى	يحدث النمو الإنساني في رحم علاقة، تحدد في الوقت نفسه النمو اللاحق لتنظيم الذات والارتباطات بالناس الآخرين و نمط التفاعل. وينظم الناس نموهم بفاعلية ويولفون constellation باستمرار أشكال العلاقات المختلفة.

إلا أن كبت نزوعات الدافع الطفولية infantile تستمر في السعي نحو الإشباع؛ و في العرض العصابي تجد نزوعات الدافع أو نواتجه حلاُ وسطاًcompromise ومع ذلك فهو مشبع.	بنيته الذاتية عن الاعتراف المنتظم و/أو عن أشخاص يستطيع تقديسهم [مثلنتهم Idealize]. وفي محيطه الذي تظل فيه أيضاً الحاجات نحو نماءVitalizationالذات بدون استجابة، يستجيب الشخص بتنمية ذات خطأ تختفي خلفها الذات الحقيقية. تنمية (تنشيط، إحياء)الذات يتممن خلال العقاقير والكحول والرياضة المتطرفة و العمل المفرط أو إدمان الخبرة.	ويفضلون هنا بشكل لاشعوري ذلك النمط من العلاقة المعروفة بالنسبة لهم من تاريخ حياتهم. وبمساعدة إشارات التواصل المطابقة يقودون الآخر ليتصرف وفق نمط خبرات العلاقة القديمة. تقود إعادة تنشيط الحاجة، التشكيلات constellation الموثوقة مع مشاعر العلاقة التابعة لذلك إلى صراعات و تكون أقوى كلما كان رحم العلاقة عند المعني أكثر انغلاقاً.

جدول 3: صورة الإنسان		
نموذج صراع الدافع	نموذج القصور النمائي	نموذج صراع العلاقة
تركيز قوي على الخبرة	التأكيد الشديد على	التوطيد الشديد

المُحَدِّدة للديناميكية الذاتية التي تتجلى بشكل خاص في الحالة العصابية بقسر التكرار وإلى تكرار الشيء نفسه باستمرار. التفاؤل السلوكي فيما يتعلق بقدرة الإنسان هي ضبط وتصعيد قوة "صوت عقله" واندفاعيته. الإنسان مسؤول عن ذاته ولكنه يمكن أن يصبح مذنباً إذا ما لم يسعى نحو التعبير عن ذاته (إظهار ذاته) و التنور والتصعيد. وحتى في النمو الموفق يظل دائماً واجب الاعتراف بالصراعية الإنسانية و الشقاء الإنساني. وبهذا فإن الصراعات أمر حتمي و والانصدامات كلانية الوجود ubiquitous[1]. حياة بلا صراع هي عبارة عن محض أحلام طفولية بريئة.	تأثير المحيط فيما يتعلق بالنمو السوي أم المضطرب. يسهم الوالدان إلى مدى بعيد بالمسؤولية عن الصدمات والعصابات. يحتل كل من الذات وقيمة الذات المحور؛ اندفاعات الدافع هي أقرب للثانوية وهي لا تحتل مركز الصدارة بصورة قوية إلا في حالة النمو المضطرب بشكل خاص؛ تفيد التجنسية و التعدونية Sexualization and Aggressivation لإملاء النقص الشديد في الذات. بسبب تقليص عزم الدافع يصبح التوجيه الخارجي للإنسان	على الرؤية النفسية الاجتماعية والبين شخصية Interpersonal؛ لا يصبح الإنسان إنساناً إلا من خلال العلاقة؛ إنه يتطور في العلاقات و يشكل علاقات جديدة وفق النموذج القديم. لا يتخلص الإنسان من خبرات العلاقة القديمة، ومع ذلك فالإنسان يطمح باستمرار لخبرات جديدة. يتم التوكيد على نشاطه، إنه ليس مجرد ضحية سلبية للظروف القاصرة الخارجية، إنه ناشط في إعادة البناء والحفاظ اللاشعوريين على استمرارية تشكيلات العلاقات القديمة التي

[1] وجود الشيء في كلّ مكان في جميع الأوقات.

	شديداً. يكون دائماً متعلقاً بالاعتراف و المديح و الإعجاب. فلو تصرف الوالدان بشكل أكثر حساسية وأكثر اعترافاً واهتماماً تجاه بعضيهما وأولادهما، لكان سيوجد أناس أكثر يتصفون بالتنظيم الذاتي.	تقوم بتجديد المخاوف والآلام والضيق المألوف. فإذا ما أعطى الناس قيمة أكبر لإدراك وفهم ومساومة علاقاتهم البين إنسانية، فلسوف سيكونون أقل أسراً من قبل خبرات علاقاتهم القديمة ويستطيعون أن يتأقلموا (يتعدلوا)بشكل أكثر إبداعية مع خبرات علاقاتهم الجديدة، وهو أمر يمكن أن يوفر عليهم الكثير من المعاناة.
المخاطر	المخاطر	المخاطر
- التأكيد الشديد جداً على التقييد من خلال طابع الدافع الإنساني. - إهمال تأثيرات البيئة.	- إنكار المسؤولية الذاتية وصولاً إلى الرثاء للنفس. - "لحظة التمرد" لدى الإنسان تختفي وراء التوجيه الخارجي.	- التوكيد الشديد على اللحظة البينية النفسية interpsychic Moment على حساب الدينامية الذاتية Intra psychic

النقل

يعيش المتعالج محلله النفساني في الجلسة الأولى شخصاً ملحاحاً وغير واضح (غير متمايز indiscrete)؛ ويتولد الانطباع لدى متعالج آخر بعد عدة جلسات من التحليل بأن محلله كفء بشكل غير معقول و بأنه الآن قد بدأ يستنتج وجود الاستبصار لديه وحدوث تعديلات؛ وهناك ثالث يعتقد بأن محلله لا يمدحه إلا عندما يتحدث عن النجاحات فقط.

المسألة لدى هؤلاء الأشخاص وفق رؤية التحليل النفساني التقليدية هي في تكرار خبرات ورغبات الطفولة المبكرة، التي تصبغ بشكل لا شعوري التعامل الراهن مع الأطر المرجعية المهمة. إدراك وخبرة المريض هما تعبير عن خبراته الحياتية التي مر بها حتى الآن، التي يمكن أن تكون قد تكاثفت إلى بنية شخصية عصابية. وهذا هو أساس إشكالية معاناته. لهذا فإن نظرة المحلل لا تتوجه أساساً إلى الأعراض الممكنة للمريض، وإنما إلى الأجزاء من بنية الشخصية الكامنة خلفها، التي تشوه خبرة إنسان ما عن نفسه وعن الآخرين طبقاً للصراعات اللاشعورية. ولهذا السبب ترتبط الصحة النفسية مع الإدراك الملائم للإنسان لشخصيته وشخصيات الناس الآخرين. فالإنسان البارانوئي الذي يدرك الآخر غير المؤذي على أنه خطر عليه يكون مقيداً في قدرته على المعايشة و التصرف مثله مثل الشخص ذي الأجزاء الاكتئابية من الشخصية الذي يعيش الآخرين دائماً على أنهم حاسدين و ملحاحين.

ويعيق خداع الذات الممتد لسنوات طويلة، بل حتى لعقود والذي يتجلى من خلال الإدراك المشوه و الخبرة غير الملائمة حول الذات و الآخرين، حصول خبرات جديدة للعلاقة بسبب التكرار الدائم لخبرات العلاقة نفسها. وبداية عندما يتم في مجرى العلاج التحليلي التعرف على نمط النقل القائم، الذي يتم ضمنه تصنيف subsume كل جديد، وتعديله (أي لنمط النقل القائم) يمكن أن يتشكل فهم جديد للنفس و تعامل معدل مع الناس الآخرين.

لهذا تعد الدراية بحوادث النقل و العمل على النقل من أهم عناصر في العلاج التحليلي النفساني .

"يظهر النقل بشكل عفوي في كل العلاقات الإنسانية وفي علاقة المريض بالطبيب، وهو حيثما وجد فإنه يشكل الحامل الفعلي للتأثير العلاجي و ؤثر بشكل أقوى كلما قل إحساس المرء بوجوده. وعليه فالتحليل النفسي لا يزيله وإنما يقوم بتغطيته بالشعور ويستحوذ على تأثيره من أجل توجيه الحوادث النفسية نحو الهدف المرغوب" .(Freud,1910, P. 55)

وبعد حوالي 100 سنة لاحقاً لا يوجد أي شك بأن خبرات العلاقة الراهنة تتحدد بمقادير مختلفة من خلال "هناك وفي ذلك الوقت" من الخبرات الماضية. وبالتالي فإن معرفة فرويد هذه لم تثبت نفسها فحسبها بل أصبحت علامة مميزة لأساليب العلاج ذات التوجه الديناميكي والتحليلي النفساني . وكذلك تذهب المبادئ السلوكية الاستعرافية في هذه الأثناء من تحليل رجعي زمني للسلوك diachronic وتوجه اهتمامها كذلك على الصيرورة البيوغرافية. إلا أنه توجد رؤى مختلفة حول ماهية الطريقة التي تتأثر فيها الإدراكات المتمحورة حول الحاضر بتاريخ الحياة، والكيفية التي على المعالج النفساني أن يفسرها فيها و يوضحها.

ولا يسعنا هنا سوى الإشارة باختصار إلى الكيفية التي توصل فيها فرويد إلى النقل الذي يعد بالنسبة للتحليل النفساني اليوم كما كان في السابق تصوراً أساسياً. ومن المؤكد أنه قد كان هنا لفشل الطب المفهوم والممارس على أساس الفهم العلمطبيعي حصراً دوراً. وقد توصل فرويد إلى تصوره حول "الربط الخطأ" نتيجة لرغبته في تقرير فرضية الإيحائية suggestionism للعلاج التنويمي ودحض الاتهام بوجود هذيان تكافلي symbiotically delusion (ذهان الاثنين folie a` deux[1]) مشهوَّن هيستريائي

[1]ذهان الاثنين أو الذهان التكافلي: الا ضطراب الذهاني المـشترك، أو ما يـسمى كذلك الا ضطراب الهذياني مـستثار أو Folie à

hysteroiden and erotized بين المعالج والمريض و تأييد الفصل العلمطبيعي بين موضوع البحث وذات البحث research subject and research object، الأمر الذي قاده ضمن أمور أخرى إلى الاستعارة المجازية الجراح-المرآة- المعروفة[1]. وفي "سيرته الذاتية" يتطرق فرويد (1925 ص68) إلى أنه يمكن للإنسان أن يتعرف فيه على "العامل الديناميكي نفسه"، "الذي أطلق عليه المنوِّمون القابلية للإيحاء، الذي هو حامل الصلة التنويمية".

تمت الإشارة إلى النقل بوصفه ظاهرة ملحوظة في العلاج لأول مرة في دراسات فرويد حول الهستيريا وتم تفصيله بدقة في قصة دورا المنشورة في عام 1905. وفي السبع وعشرين محاضرة حول المدخل إلى التحليل النفسي بين عامي 1916-1917 عالج فرويد النقل بتفصيل، وقد خصص مقالتين أخرتين "حول ديناميكية النقل" 1912 و "ملاحظات حول تفضيل النقل" في عام 1915.

النقل ليس إعادة مطابقة لحقيقة الماضي

يوجد منذ بداية التحليل النفسي تفسيرين لمفهوم النقل:

- الأول وهو تفسير واسع الانتشار في الوعي العام للجمهور يرى أن النقل هو

deuxهو عبارة عن عدوى بمرض ذهانيلشخص سوي من الناحية العقلية، إلا أنه مزعزع و غير مستقر من الناحية النفسية

غالباً يتعلق الأمر بأقارب أو شريك الحياة في محيط اجتماعي معزول أو محيط مـ ضطرب، يتـ شارك نفس الهذيان أو منظومة الهذيان و يتجذر في مجرى الوقت في هذه القناعة بصورة غير قابلة للتصحيح.

وهنا يوجد فرق مميز بين الشريك الفاعل المثير للهذيان و الشريك السلبي.

[1] وصف فرويد المحلل النفسي المثالي، مثل أن يعمل بتأن عالم الآثار، حيادي مثل الجراح، وبارد كالمرآة

إعادة بناء مسببة لاشعورياً لعلاقة مبكرة، نشأت من الطفولة على الأغلب. فيتم إدراك واقع العلاقة الراهن بشكل مشوه وتفسيره بصورة خطأ في ضوء خبرات الطفولة.

- في الرؤية الثانية لا يذهب النقل من الإعادة اللاشعورية لشكل علاقة أولية باكرة فحسب. فعندما يعيش مريض ما محلله على أنه قاس، فإن هذا يمكن أن يمثل إسقاطاً أو تجسيداً externalization لأحد جانبي صراع داخلي: لأن المريض يعيش نفسه بأنه فاقد للدافع و كسول، وينتقد نفسه بشدة و بلا رحمة فيجسد هذا المظهر من نقده لذاته على محلله. و هنا لا يفترض بأي شكل من الأشكال أن يعكس نقد الذات انتقادا لأم صارمة أو أب معاقِّب، وإنما هو تعبير عن الديناميكية النفسية لمطالب تعزى في المفهومية النظرية البنائية constructionism التقليدية إلى الأنا الأعلى و مثال الأنا superego and Ego-Ideal. وبالتالي فإن هذا التفسير الثاني يوجه اهتمامه بشكل أقوى نحو الرغبات والتوقعات و خصائص الطبع الراهنة (من نحو الاتجاه شديد النقد للذات على سبيل المثال) و لا يعزو النقل بشكل خطي ومبسط لخبرات الطفولة.

♦

في بداية التحليل غالباً ما يحتل التفسير الثاني مركز الصدارة؛ و بداية مع المدة المتزايدة تحتل الخبرات البيوغرافية الباكرة مركز الصدارة باعتبارها نقل ويمكن تحديدها وإعادة تنظيمها reconstruct بوصفها كذلك عموماً. ولكن حتى عندئذ فإنه لا ينظر للنقل على أنه يمثل إعادة مطابقة لواقع الماضي. إذ أنه حتى خبرات العلاقة الصادمة تكون قد تم تمثلها من الطفل في شبكة الهوامات المرضية، بحيث أنه لا ينظر للنقل الحاصل بالحاضر عند مريض ما على أنه التعبير المباشر للتوقعات الحقيقية وأنماط سلوك

والديه أو أطر مرجعية أخرى إلا في الحالات النادرة فقط. إلا أن النقل هو تعبير عن العالم الداخلي، **الواقع النفسي** لخبرات العلاقة بالشكل الذي عاشه فيه الطفل أو اليافع في مجرى نموه مع الكفاءات الاستعرافية المختلفة. فالطفل البالغ من العمر سنتين سيدرك ويتمثل خبرات الانفصال الصادمة بشكل مختلف عن أخيه البالغ من العمر ثماني سنوات أو عن مراهق.

♦ يسلك مريض على سبيل المثال سلوكاً مفرط الدقة ومضبوطاً، إنه يتقدم في العلاقات المهنية والخاصة، إلا أنه يشعر مع كل نجاحاته بأنه لا يستطيع أبداً أن يفعل شيئاً كاملاً، لهذا تظل هناك مشاعر ذنب. كانت الأم دائماً صارمة، وكانت تمتلك تصورات صارمة عن النظافة. وهنا يغلب الظن بالاستنتاج النشوئي بسرعة والمتمثل في أن المريض ينقل إلى المعالج تلك الخبرات من العلاقة التي يعرفها من أمه. فهو عندما يكون دقيقاً و مضبوطاً، ويعبر عن تداعياته بلا انقطاع، فإنه يخمن أيضاً في المحلل أماً صارمة، عليه أن يواجهها بخضوع. ولكن إذا ما تصرف المعالج بشكل مختلف، بحب وبقليل من الضبط و يؤمن الكثير من الحرية قدر الإمكان، عندئذ –هكذا يأمل بعض المعالجين– سرعان ما سيزول هذا النقل. ولكن ماذا لو كان السلوك المتلائم المشحون بمشاعر الذنب تعبيراً عن انفعالات عدوانية مصدودة و هوامات سادية؟ لهذا لابد من أن يضاف إلى وجهة النظر النشوئية التفكير البنيوي و الدينامي. فالهوام المتمثل في أن الناس الآخرين أشرار تجاه الشخص ومحبين للانتقام منه، لا يمكن للمرء إشباع مطالبهم إلا بأن يجاري توقعاتهم بلا مقاومة، يمكن أن يكون إسقاط لغضبه الذاتي المكبوت غير الشعوري. إن التفسير للنقل الذي لا يأخذ بعين الاعتبار إلا وجهة النظر النشوئية، هو تفسير متسرع هذا إذا ما لم يكن خطأ عموماً من ناحية ولا يراعي، من ناحية أخرى، المعرفة الأساسية

المنبثقة عن الرؤية التأملية1 metapsychology. إذ أن كل سلوك ليس مجرد تعبير عن إشراط تاريخي حياتي، وإنما أيضاً تعبير عن القوى (كنزوعات الدافع والانفعالات وحتى المثل كذلك على سبيل المثال)، التي تبدي ديناميكية نفسية معقدة، التي لا يمكن إزالة أو إعادة إشراطها ببساطة. وهذا التفكير السيكوديناميكي يتضمن اتجاه بحث وفق الدوافع المؤثرة ديناميكياً التي تجعل المعني يتمسك بذلك السلوك والخبرة. وعليه يمكن للفرضية المتمثلة في أن الناس الآخرين يمتلكون توقعات صارمة rigorous، أن تكون أيضاً تعبيراً عن مشاعر الذنب اللاشعورية، التي تحركت بسبب الهوامات العدوانية لدى الطفل و اليافع. ويشير التفكير البنيوي في التحليل النفسي إلى الموضوع المتمثل في أن مشاعر الذنب قد تكاثفت إلى أنا أعلى صارم يعمل على أن كثير من الانفعالات العدوانية الموجهة بالأصل للوالدين أو الأخوة يتم توجيهها نحو ذات الشخص. إن سلوك المعالج المشحون بالحب الذي يأمل منه هذا المعالج حدوث خبرة تصحيحية انفعالية لمريضه، تصعب عليه (على المريض) التعرف على هواماته السادية ووعيها في كل جذورها.

وكما أن النقل لا يمثل كثيراً إحياء للماضي مطابقاً لحقيقة الواقع، فإن فهم خبرة المريض لا يكون كاملاً إلا إذا أسندها الإنسان للماضي وهنا قد يتم تجاهل أنه يقوم بإخراجproducing صراعاته وما ينجم عن ذلك من اتجاهات في الشخصية في علاقته بمحلله، حيث يقولب في توليفته المسرحية dramaturgy على شخصيته اللاشعورية. وبهذا فإن أهم مبدأ للتحليل النفساني المعاصر هو التشابك الجدلي بين حدث الصراع الداخلي [البين نفسي] Intrapsychic والبين شخصي Interpersonal. وبتعبير آخر لابد

[1] علم النفس التأمّلي أو التبصّري: علم النفس الذي يهدف إلى إكمال حقائق السيكولوجيا (ونواميسها المبنية على الملاحظة والاختبار) بالتأمّل في العلاقة بين العمليات العقلية والعمليات الجسمانيّة أو في

من النظر لكل تعبير للمريض ليس من منظور الفهم السببي التاريخ حياتي (وجهة النظر النشوئية لعلم النفس التأملي genetically viewpoint of Metapsychology) فحسب، بل لابد من النظر إليها كذلك من منظور الفهم الدائري المنظومي systemic circularly (وجهة النظر التفاعلية-التكيفية adaptive-interactional viewpoint) .

وبمساعدة مثال مقتبس عن كوبير 1969 يمكن توضيح أن الرؤية النشوئية الأحادية التي تستثني الرؤية التفاعلية-التكيفية لعلاقة النقل الراهنة قد تمثل إجراءً تحليلياً غير كامل.

♦ "مرت سيدة يظهر عليها بوضوح معاناتها من مرض، أطلق عليه فرويد تسمية المازوخية المعنوية morale Masochism بخبرة مهينة جداً، وسرعان ما ظهر أنها نفسها قد 'عملت على هذه النتيجة' على حسب تعبيرها الحرفي. وهى لم تكن مخطئة بهذا، فتوقعاتها المشؤومة تقع في خانة 'النبوءة المحققة لذاتها 'self-fulfilling prophecies'، 'كنت مجبورة على معاقبة نفسك، كما كانت أمك تعاقبك في الماضى' أو 'يمكننا أن نرى ثانية، بأنك قد شحنت بنفسك هذه المعاناة الكبيرة التى تعيشينها'، -كلا هذين التعبيرين يتضمنان تفسيرات ممكنة، ليست ضارة في بداية التحليل. وبالمقابل فإن مثل هذه التفسيرات في تحليل حصل فيه عصاب نقل غالباً ما تكون غير كاملة. إذ لابد أن يتم جعل الديناميكية في هنا والآن شعورية. ليس بالضرورة للمريضة أن 'تعاقب نفسها بشكل عام'، وألا تكرر نفسها تجاه الموقف المعاقِب للأم بشكل مطلق. إنها تعاقب نفسها بسبب اندفاع محدد تجاه معالجها. لقد ظهر أن المريضة قد أملت لو أن محللها لم يحصل على ذكرى من الذكريات، التى كان يتوقعها حسب رأيها: كان عليها أن تعاقب نفسها على هذا المجرى من التفكير. إنها تتذكر أن زميلة لها كادت أن تدفعها في أيام المدرسة إلى الارتباك من خلال النكايات، وأوصلتها بلا رحمة لحالة من البكاء، وظهر أنها في ذلك الوقت قد

اضطرت لقمع شعورها بالنصر، وذلك عندما سمعت بأن والدها الذي كان يدرس في المدرسة نفسها لم يستطع ولا أي مرة أن يكبح جماح طلاب صفه؛ وأضافت 'إلا أنه كان محبوباً جداً لأنه كان يعامل الطالبات بلطف'. فهى كانت إذاً غيورة على والدها، مشاعر لاشعورية، الثأر و التهكم، يغذيان حاجاتها للعقاب. لقد تركت نفسها تتعاقب، بأن تركت زميلتها تتهكم عليها مستسلمة. والآن في التحليل تمتلك ثانية هوامات مرتفعة وتعاقب نفسها على ذلك من خلال دخولها في مواقف مهينة. وحتى الآن كانت إرادتها في إهانة المحلل متجذرة في غيرتها. ويتيح هذا التفسير الذي يراعى الديناميكية و المنشأ سواء للشخص الذي يتم تحليله الوصول إلى الاستبصار في ذاته بحيث أنه يحظى بإمكانية التعامل مع ذاته بطريقة مفيدة". ♦

من دون مراعاة عصاب النقل في هنا والآن يظل فهم الديناميكية النفسية للمريض غير كامل، مع النتيجة بأن التحليل قد يأخذ حينئذ مجرى غير باعث على الرضا: وعلى عكس الأحكام المنتشرة بشكل واسع تجاه التحليل النفسي والتي مفادها أن التحليل النفسي لا يهتم إلا بذكريات الطفولة فإن أغلب وقت الجلسة التحليلية يدور حول الأحداث التي يعيشها المريض على أنها صعبة في حياته الحاضرة، وبشكل خاص، ولكن بالطبع ليس فقط، عن مشاعر وخبرات العلاقة الدقيقة subtleالتي تنشأ بينه وبين محلله.

النقل بوصفه إعادة للماضي أم نتاج تفاعل؟

في السنوات الثلاثين حتى الأربعين الماضية تزايد الانتقاد للواقعية الساذجة لتصور ما يشبه علم النفس التجريبي أو للتصور اللااجتماعي a-social لعلاقة المحلِّل-المُحَلَّل: ففي الفهم التقليدي يستجيب الشخص الذي يتم تحليله بناء على الغفلية anonymity المذعنة والامتناع Abstinence والحيادية Neutrality فقط بخبرات العلاقة الباكرة على شخص المحلِّل. وبما أنه هنا لا يمكن التعرف على وجود إسهام في مشاركة واقعية

بالعلاقة للمحلِّل (القائم بالتحليل)، فهو لا يقوم سوى بتفسير النقل عند المريض، فإنه لا يمكن لأي إدراك للشخص الذي يتم تحليله غير المريح (أي الإدراك) أو غير المألوف لمفهوم ذات المحلِّل، إلا وأن يكون نقلاً.

وفي السنوات الأخيرة تحول السؤال فيما إذا كانت المسألة في النقل تتعلق بإعادة للماضي مطابقة للخبرة (ربما من سنوات الطفولة الأولى)، أي تتعلق ببنية ثابتة invariant Structure أم بنتاج تفاعلي interaction product للمحلِّل والمُحَلَّل، ومن ثم بمتغيرة تفاعلية تبادلية (إجرائية) processual، في المراجع التحليلية النفسية إلى موضوع للجدل المكثف. فإذا ما صح الموقف الأول أعلاه، بأن خبرات العلاقة العصابية تبرهن على ديناميكية ثابتة إلى حد كبير، تتجلى بغض النظر عن السياق المعني، فإن الموقف التبادلي (الإجرائي) Process Position يبرهن بأن العلاقة بين المحلل والمريض هي بشكل حتمي علاقة تبادلية reciprocal، ومن البديهي أن تكون كذلك خصوصاً عندما يعتقد المحلل بأنه يتصرف أو تصرف وفق نموذج–سطح المرآة شبه التجريبي experimental analogue. وبالتالي فإن العلاقة لا تستقبل طبقاً لهذا الفهم العصري تأثيرات من الديناميكية العصابية لهناك وفي ذلك الوقت، وإنما كذلك مما ينطلق من المحلل بشكل ضمني أو حتى متخف نسبياً على شكل إشارات ومحفزات توجيه حاذقة subtitle إلى حد كبير أو قليل. إلا أنه يندر أن يتم إيصال هذه التلميحات (إشارات) بشكل إيحائي إلا في الحالات النادرة؛ بل أنها تحصل بناء على ديناميكية العلاقة اللاشعورية وغير المقصودة بين كلا المتفاعلين بصيغة لفظية وغير لفظية.

وعند هذه التخوم Rubicon (الظاهرية) تفترق الأفكار: فجهة تعتقد أنها إذا ما أخذت بعين الاعتبار سياق العلاقة فإنها ستكون قد تخلت عن المواقف الجوهرية لفرويد، ولن تعود قادرة على إجراء تحليل محترف، وإنما كذلك يجرون صورة "همجية" من الانطباعات البين شخصية، وهو ما يمكن تشبيهه بطرق التغذية الراجعة النفسية الاجتماعية؛ وبالنتيجة فهي تتهم الجهة الأخرى أيضاً بأنها تقلل بشدة من أهمية نصيب الماضي و تمنح التأثيرات المنبثقة من علاقات الحاضر وزناً كبيراً ولهذا أيضاً تصب محددات

النقل الحقيقية فوق الانطباعات البين شخصية من هنا والآن. أما ممثلو وجهة النظر التفاعلية الحديثة و البنائية constructivism فتأخذ على الجهة الأخرى بالمقابل أنها من خلال إشارتها إلى الديناميكية الذاتية للنقل تنطلق من تصور متقادم لعلم نفس الجسم الواحد one-body-Psychology، أي تصور علم نفس اجتماعي فردي بدلاً من تصور علم نفس اجتماعي حتمي unavoidable، وبأنها تبدو ساذجة من ناحية النظرية المعرفية، لأنها في النهاية تمثل موقفاً لواقعية تم تجاوزها منذ أمد بعيد (هناك معارف حول الموضوع المفترض معرفته، كما هو بالفعل من دون أي تأثير للعارف)، وبأنها غامضة من الزاوية التحليلية النفسية لأنها تنظر للمحلل وكأنه حكم متفوق يشارك في الحدث التحليلي بوظيفة ملاحظ خارجي فقط و بأنها غير فاعلة بشكل خاص في العلاج، لأنها لا تنمي بصورة خاصة وضعية الدور المسيطر لوعي الذات عند المريض، بل حتى تكون ضارة في بعض الأحيان، إذا ما تم صد إدراكاته بمساعدة تفسيرات النقل التقليدية على أنها خطأ ومشوهة.

إلا أن كلا الوجهتين المتطرفتين تتجاهلان أن علاقة المحلِّل-المحلَّل (الذي يتم تحليله) تضمنان عدة محددات، منها ما ينشأ عن التفاعل في هنا والآن، وتلك التي تنبثق عن الطبقات المختلفة للماضي. و ما يميز العلاقة العلاجية عن علاقات الحياة اليومية هي حقيقة أن المحلل في العادة هو أفضل تأهيلاً من الشخص الذي يتم تحليله في إدراك الآخر و تمايز تأثيرات العلاقة المختلفة؛ غير أن هذا السبق في الكفاءة لا يستبعد انطلاق تأثيرات غير ملحوظة من المحلل يمكن أن تؤثر في علاقته بالشخص الذي يتم تحليله. فما يسمى بالنقل إذاً ليس مجرد تركيب مزجي mixtum copositum، تم فيه تأصيل مفهوم **علاقة النقل**، من أجل التفسير من خلاله أن إدراك المحلل من جانب الشخص الذي يتم تحليله عبارة عن خليط من الأجزاء المتبدلة موقفياً من هناك وفي ذلك الوقت لخبرات العلاقة الماضية مع هنا والآن لتأثيرات العلاقة الراهنة. لهذا فإن عزو إدراك المريض لواقعه النفسي الداخلي فقط عبارة اختزالية غير مشروعة وإهمال تأثير التوقعات والقناعات وحتى تأثيرات الصراعات و الاتجاهات العصابية للمحلل. ولكن هناك

بالطبع تفاعلات-محلل-مريض تحدد فيها الديناميكية الخاصة للمريض في جزء كبير منها شكل العلاقة. إلا أنه لا يجوز لهذه الإمكانية أن تجعلنا نتجاهل كيف أنه تحدث تأثيرات متبادلة شديدة على الرغم من التنظيم التحليلي النفساني العبقري للجلسة، التي يتحول فيها المحلل النفسي إلى ملاحظ مشارك للنتاجات اللفظية وغير اللفظية لمريضه. وحتى عندما يقوم المرء برفض نموذج المرآة بوصفه قد تم تجاوزه ويرى في الاتجاه التقليدي تقشفاً abstinence دفاعياً، فيمكنه دائماً أن ينسى مضامين الرؤية الحديثة. عندئذ يمكن على سبيل المثال للمحلل و المريض أن يتفقا ... "على نظام تكمن خلفه أنماط وقواعد من التواصل تقوم على تفاعل واضح، بشكل لا يعرض التوازن homeostasis الداخلي أو التوازن النرجسي لكليهما للخطر" (Bettighofer,1994).

النقل الموضوعاني و نقل موضوع الذات

Objectal Transmittance and Self Object-Transmittance

حاول المرء تحديد الفرق بين المرضى العصابيين على مستوى أعلى من تنظيم الذات و المرضى المضطربين باكراً بقصور بنيوي في الأنا من خلال أن المرضى العصابيين غالباً ما يستجيبون بخبرات-نقل صراعية من الطيف الليبدوي والعدواني، في حين أن الأفراد المنصدمين في تاريخ حياتهم المبكر يعبرون بنقل نرجسي أو بنقل موضوع الذات self-Object. بالإضافة إلى أنه في الغالب يتم تنشيط النقل العصابي من خلال الرغبات الأوديبية وتتجه نحو الأشخاص الذين يعاشون بوصفهم محددين بوضوح عن الذات الخاصة. إنها تتضمن رغبات في المعاملة بالمثل، من نحو كيفية الحصول على طفل من الأب، ولكن أيضاً إهداءه طفل على سبيل المثال. ويقود تخييب هذا إلى الغضب و كذلك إلى التوق المتزايد. و تقوم المخاوف التي تستثار بسبب هذه الرغبات على خطر الإخصاء أو فقدان الحب أو فقدان الشخص المحبوب. وعلى الرغم من أن المريض العصابي قد يقدس idealize محلله أيضاً إلا أن هذه الرغبة للتقديس ليست ذات أهمية أساسية بالنسبة للنقل.

وفي المرضى المضطربين في وقت باكر إلى حد ما، الذين عادة من تظهر لديهم أضرار شديدة في مشاعر تقدير الذات، يتم إثارة النقل من خلال التوق نحو موضوع الذات. وهنا لا تحتل الرغبة نحو المعاملة بالمثل مركز الصدارة وإنما التوق أو التطلعات الخفية mystic اللطيفة و الشبيهة بالانصهار نحو شخص قابل للتقديس إلى ما لانهاية، يمكن للمرء الاعتماد عليه بإجلال، أو التي يجب المرء أن يحصل منه على الاعتراف و التقدير. وبداية عندما يحصل موضوع الذات المقدَّر (الواجب) على التعلق بالشخص المقدس أو الاعتراف والدعم، يستجيب هؤلاء المرضى بخيبة و غضب شديدين، إذا ما لم يتم إشباع حاجاتهم من المحلل بتعاطف ولم يتم تحفيزهم prompt بشكل مُرضي كفاية.

في تقنية علاج كوهوت Kohut فإن جوهر الإجراء العلاجي يتشكل في إفساح المجال للنشوء التدريجي لأشكال النقل النرجسي (أسماها كوهوت في عام 1973 في البداية "النقل النرجسي"، وفي عام 1979"نقل-موضوع الذات")، الذي صنفه بداية على أنه النقل المقدس و نقل المرآة. ويعد فسح المجال مهماً لأنه يمكن أن يحصل في طور البداية بشكل خاص صد شديد لرغبات النقل النرجسية للمريض، يحميه من خيبة جديدة لحاجاته النرجسية. ويوجد طيف واسع جداً ومتنوع للأسباب حول أنه من الصعب في الشخصيات الفصامية بناء توازن في النقل النرجسي من خلال إعادة إحياء الذات-الكبرى و صورة الوالدين المقدسة. وتمتد هذه الأسباب من مقاومة طفيفة للنقل تكون موجودة منذ الجلسة الأولى (على شكل صد للنقل) وصولاً إلى الاستجابات المتباعدة distanced أو الشكاكة أو العدوانية.

وقد صنف موديل في (Modell,1975) نمط الصد لدى الأفراد المضطربين نرجسياً على أنه "وهم قناعة الذات Illusion of Self-contentment" وميز بدقة بين الدفاع تجاه ارتباط انفعالي و بين نوع عازل للانفعالات لفرد قهري، لديه اعتماد على المحلل على الرغم من صد المشاعر العميقة.

♦ كان على هؤلاء المرضى الذين وصفهم موديل أن يدافعوا عن أنفسهم ضد أم ملحاحة عندما كانوا أطفالاً، الأمر الذي قاد لديهم إلى شعور نام و لكن قابل للانجراح من الضيق (المحدودية) لذاتهم (حيث لا بد من حماية هشاشة الاستقلالية من خلال هوامات متكلفة (تتصف بالمبالغة الحمقاء) حول القناعة الذاتية. وينمو لدى هؤلاء الناس لاحقاً الاتجاه بأنهم لا يحتاجون الآخرين ويدعم الغياب الفعلى للمشاعر أوهامهم، بأنهم لا يحتاجون أي شيء من الناس الآخرين. وهنا يمتلكون إدراكاً دقيقاً لعلاقاتهم بالمحيط. إنهم يصفون ذاتهم وكأنهم محصورون في زجاجة أو كالشرنقة و يشعرون أنهم ليسوا في هذا العالم بالفعل. ♦

النقل المقدس و نقل المرآة

في النقل المقدس يلعب تقديس المحلل دوراً حاسماً، إذ يحصل هنا إعادة إحياء صورة الوالدين أو موضوع الذات الجبار المتكلفة المعاشة بشكل تكلفيgrandiose وبشكل قدرة كلانية omnipotence (ويشير مفهوم موضوع الذات الجبار –من المنظور النمائي النفسي– إلى الانفصال غير الكاف بين الذات و تمثيلات الموضوع). والنقل المقدس هو الطبعة الجديدة لمرحلة نمائية يحاول فيها الطفل الحفاظ على الكمال النرجسي المعاش في صورة علاقة أم–طفل ثنائية إيجابية من خلال عزو هذا الشعور بالكلانية لموضوع ذات قديم archaic، لصورة الوالدين ويستطيع أن يشعر في هذا الإحساس بالانصهار و الارتباط مع هذه الصور–للوالدين بشكل ثمين وآمن وجيد. ومن بين هذه الخبرات المقدسة للقدرة الكلانية هناك بشكل خاص تلك الأنشطة التي تشبع فيها الأم الحاجات النرجسية والدافعية، والدفء الجسدي و المشاعري، وتقدم المواساة والتهدئة. في حين أنه في المجرى غير المضطرب من النمو يحصل تمثل تدريجي لهذه الوظائف الأسرية (بحيث أن الطفل لا يعود بحاجة لوجود الوالدين المقدسين ومن

أجل أن يتمكن من خبرة نفسه بأنه ذو قيمة وجيد)، فإن الخيبات غير المتلائمة مع الهوامات أو غير الممكن مواجهتها لدى الطفل لاتقود من جانب صورة-الوالدين المقدسين إلى التذوت [1] internalizationالملائم وبدلاً من ذلك يظل الطفل في المجرى اللاحق للنمو مثبتاً على مواضيع مهجورة archaic للذات إلى حد قليل أو كبير، عليها الاستمرار بممارسة هذه الوظائف المهمة.

وعليه فإنه في النقل المقدس يقوم المريض باضطراب الشخصية النرجسية بالانصهار مع المحلل المقدس. ويتم تكرار بعض مظاهر العلاقة الباكرة المعاشة بشكل انصدامي بموضوع الذات (الأمومي)، إلا أنه في الجزء الأكبر تحصل خبرات علاقة مع المحلل، يقوم فيها المحلل وبشكل مختلف عن الأطر المرجعية الباكرة للطفل بتقديم تعاطفه المؤهل مهنياً وتناسقه الانفعالي.

في نقل المرآة (التي تمثل في الوقت نفسه الجانب الآخر لخبرة-موضوع الذات self-object-experience) يرغب المريض أن ينعكس في ذاته المحبوبة بشكل مبالغ فيه grandiose و يحظى بالتالي على توكيد لحجمه الطفولي الباكر و جبروته الذي لم يكن قادراً على تحويله إلى شكل أنضج متناسب مع العمر إلى شعور موزون بالذات وطموح وذلك بسبب فشل تنشئته الاجتماعية.

وبناء على رؤية نفسية نمائية للاضطرابات في علاقة الوالدين-الطفل يميز كوهوت Kohot بين ثلاثة أشكال من نقل المرآة:

1. **النقل المهجور [القديم] للمرآة archaic mirror transmittance**: وهنا يتم إدراك المحلل بوصفه توسيع للذات-الضخمة. إلا أن الأمر هنا و خلافاً للنقل المقدس لا يتعلق بانصهار مع موضوع ذات مقدس، وإنما يتم دمج المحلل في الذات الضخمة و يتم إطفاء وجوده المستقل.

[1] إضفاء الصفة الذاتية على موضوع ما بحيث يصبح صفةً ذاتيةً، أو دمجه في النفس بحيث يصبح مبدءاً هادياً.

2. **نقل الأنا الأقدم أو نقل التوأم older-Ego-or twin transmittance**: في هذا الشكل الأقل هجراً [قدماً] من إعادة إحياء للذات الضخمة يعاش المحلل بوصفه مساوياً للذات الضخمة أو شبيهاً جداً بها. "يتصف النكوص المميز pathognomonic[1] Regression بأن المريض يفترض بأن المحلل إما مثله أو شبيه جداً به أو أن تركيبته النفسية psychological constitution مثل تركيبة المحلل أو شبيهة جداً".

3. **نقل المرآة بالمعنى الضيق**: وهنا يعاش المحلل بشكل كبير الوضوح على أنه إنسان آخر، كشخص بكامل حقوقه. إلا أنه بالنسبة للمريض غير مهم إلا بمقدار ما يعكس بحساسية الحاجات التي تم إيقاظها من خلال إعادة إحياء الذات-الضخمة.

ويمكن تقسيم النقل استناداً إلى تصورات علم نفس الذات إلى:

- ذلك النقل الذي **يعيق** استمرارية نمو الشخص، لأن القناعات المرضية القديمة والهوامات تجبر على الحلول العصابية للصراع؛
- وذلك النقل الذي **يتيح** النمو المستمر، بأن يعاش المحلل باعتباره موضوع ذات مُحيى (منشط) vitalize (=نقل موضوع الذات لدى كوهوت أو كخبرة منشطة vitalize لموضوع الذات لدى ليشتنبيرغ ولخمان و فوسشاغ Lichtinberg, Lachmann & Fosshage).

النقل الموضوعاني و نقل موضوع الذات بوصفه ظاهرة الخلفية والصورة

---

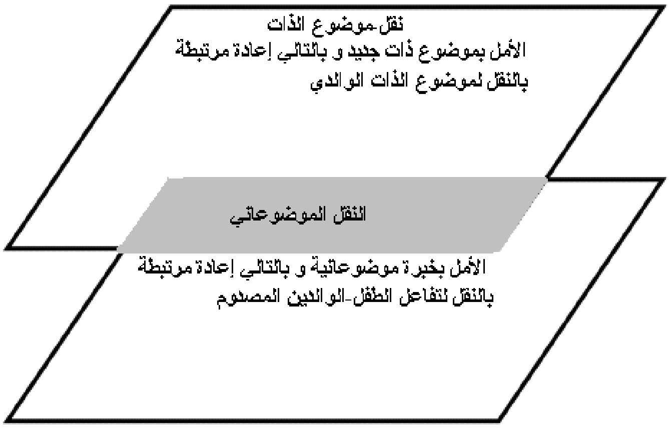
[1] مميِّزٌ لمرضٍ معيّن

objectal Transmittance and Self Object-Transmittance as Figure-background-Phenomena

لا بد من تعديل الرؤية المتمثلة في أن النقل الموضوعاني لا يوجد إلا لدى مرضى ذوي بنية عالية و نقل موضوع الذات لا يوجد إلا لدى شخصيات مضطربة نرجسياً. وطبقاً لذلك يمثل كذلك تقسيم dichotomize النقل العصابي إلى إجراءات مُفَسِّرة ("تفسير") و خبرات موضوع الذات إلى إجراءات جاهزة ("علاقة") تقسيماً خطأ. ويعد تصور نموذج الصورة و الخلفية أكثر ملائمة:

"الارتباط النرجسي و نقل موضوع الذات عبارة عن ظواهر خلفية، تمهد الوعاء لمجال تحليلي، يستطيع المريض فيه أن يجرب نمائياً ونكوصياً مع ظواهر الصورة من نحو عصاب نقل-موضوع الدافع على سبيل المثال. ويتم توسيع وصيانة هذا المجال من خلال الاتجاه التعاطفي والحامي و الداعم للمحل، بأن يقدم للمريض الأمان الكافي والبهجة" (Treurniet, 1986;P. 38).

كما يتيح هذا الوصف كذلك، أن نقل- موضوع الذات يصبح في المقدمة (الصورة)، على سبيل المثال لدى المرضى الذين يحتاجون هذا النقل للدفاع عبر فترة زمنية طويلة، لأن المواجهة مع المحلل بوصفه شخص مستقل له نوايا و اندفاعات دافعية و انفعالات ما زالت خجولة جداً ومشحونة بالخوف. إلا أنها (أي المواجهة)يمكنها أيضاً أن تأخذ أولوية فكريةthematically Priority، إذا ما ظهرت لدى المحلل تقلبات شديدة في التعاطف أو نقص فيه، وعلى المريض أن يتأكد ثانية بالإطار الحامي لنقل-موضوع الذات، وكأن المريض يقول لنفسه: "عندما أكون أولاً متأكداً 100٪ تقريباً بأنه يمكنني الاتكال عليك في كل شيء، عندما أعرف بأنك موثوق، عندئذ يمكنني التجرؤ على أن أجعل رغباتي وحاجاتي و انفعالاتي الدافعية تظهر ثانية". ومن المؤكد يمثل بالنسبة للمرضى المضطربين نرجسياً المزعزعين والهشين جداً في مشاعر قيمتهم الذاتية، نقل موضوع الذات لفترة زمنية طويلة تقريباً الشكل الوحيد من العلاقة و بالتالي الصورة. ويمكن التعبير عن تشكيلة الخلفية الصورة بصورة مثالية في الشكل رقم 1.



الشكل (1): نقل موضوع الذات و النقل الموضوعاتي بوصفه ظاهرة الخلفية والصورة

عندما يرافق المحلل النفسي على سبيل المثال رواية مريض ما بشكل حساس، و عندما لا يتم إدراك تفسيراته على أنها جبارة (لا تقاوم) أو متكبرة أو تعليمية أو تلقينيه أو مخيفة أو مهددة، وإنما متوافقة مع فهم المريض لذاته، عندئذ يمكنه أن يجرؤ على الانشغال بالصورة، أي أن المريض يهتم بالكيفية التي يعيش فيها المحلل، و بالكيفية التي يعتقد أن المحلل يراه فيها و ما هي الرغبات الأخرى التي يرغبها منه (غير الرغبات النرجسية المُعَزِّزة)... الخ.

إلا أنه إذا فشل المحلل إما في وظيفته التعاطفية والمنسجمة مع المشاعر أو تحول إلى باحات نقل لمواضيع الذات المعاشة بشكل ناقص (في الحالات التي يظهر فيها المريض اضطراباً نرجسياً بالمعنى الضيق)عندئذ تصبح الخلفية النرجسية المانحة للدعم موضوعاً ذو أولوية، تصبح صورة للتحليل. إلا أن الانتباه لمشاعر الخجل ليس مهماً لدى المرضى المضطربين باكراً فحسب وإنما لدى المرضى بصراعات عصابية كذلك. إذ أن كل موقف صراع عصابي يؤذي خبرة قيمة الذات و يقود لمخاوف الإخجال. ولهذا السبب أيضاً فإن نقل موضوع الذات لا يعد مميزاً للمرضى باضطرابات شخصية نرجسية فحسب وإنما يوجد لدى جميع الناس بدرجات مختلفة من الوضوح.

التصوير النفسي النمائي للنقل

في تصوير نفسي نمائي للنقل يتم الافتراض أن المريض يقوم بإنشاء ظفيره من

رغبات العلاقة ومخاوفها و صراعاتها مع محلله، تتلاءم مع مستوى نموه النفسي. وتستند الهوامات اللاشعورية و القناعات المرضية التي نشأت على أساس الصراعات والانصدامات بإعاقته عن التعبير الملائم و المتناسب مع النمو لرغبات علاقته، التي تسير وفق دوافعه الأساسية.

فالمريض على سبيل المثال الذي يعيش محلله في الجلسة الأولى بأنه ملحاح و غير متحفظ، فإنه فحسب لم يتعلم بشكل كاف، التمكن من تنظيم حاجاته بنفسه. لهذا فهو يخاف في التفاعلات البين إنسانية، من أن إنسان آخر قد يجبره على أمر ما لا يستطيع أن يدافع عن نفسه ضد ذلك. ولأنه قد ظل في بعض المجالات متعلقاً بشدة بالتنظيم الخارجي من جانب الناس الآخرين، فإنه يعيش هذا أيضاً بأنه جبار (عات) و ملحاح. وبالنتيجة يفترض عليه أن يتعلم أن يتمكن من تنظيم حاجاته المختلفة بنفسه بشكل أفضل. والمريض الذي يتشكل لديه الانطباع بعد عدة جلسات من التحليل بأن محلله كفء بشكل كبير وبأنه في هذا الوقت بالذات اكتسب استبصاراً مهماً و اكتشف لديه مكبوتات، فإنه ربما يكون مكبوحاً و متضرراً في قدرته على التعبير المتحرر من القلق والذنب عن حاجات، في أن يتمكن من تحديد نفسه بشكل نقدي تجاه الوالدين – وبشكل خاص في المراهقة– وبالتالي نزع صفة المثالية عنهما أيضاً. فعليه إذاً أن يتعلم بأنه من حقه أن يعيش ذاته تجاه الأشخاص المهمين بالنسبة له بشكل أكثر استقلالاً، من دون أن يفقد الشعور بالوئام مع هؤلاء.

وذلك المريض الذي يعتقد أن محلله لا يحبه إلا إذا أخبره باستمرار عن حدوث تقدم في التحليل، عليه أن يتعلم بأنه من حقه أيضاً أن يعيش لنفسه رغبة العمل Function lust، والفضول، والرغبة الحسية، والخبرة الجنسية، وكأنها نابعة من حافز داخلي ومن أجل المتعة فقط just for fun وليس من منظور سحب الحب والاعتراف المهددين. ومن بين ذلك في نهاية الأمر أيضاً إعادة تفتح كفاءة الاعتراف والاستقلالية، من دون الابتلاء ثانية بمشاعر الذنب والمخاوف القديمة archaic.

كان كوهوت (Kohut,1973) واحداً من أوائل المحللين النفسيين الذين لفتوا

الانتباه من خلال تصوره حول نقل-موضوع الذات إلى أنه ينبغي النظر للنقل من منظور العلامات النمائية النفسية. ويمثل كل من نقل المرآة والنقل المقدس أشكال من العلاقات يستأنف فيها المريض الحاجات النمائية الصادمة أو المقطوعة في وقت أبكر. إلا أن التوق نحو موضوع ذات عاكس أو قابل للتقديس لا يتطابق مع الحاجات العامة، التي يعيشها الطفل. ولهذا السبب قام لشتنبيرغ Lichtenberg انطلاقاً من مخططه حول المنظومات الوظيفية الدافعية بطرح الأفكار الآتية:

تصور لشتنبيرغ عن المنظومات الوظيفية الدافعية الخمسة

♦ في التحليل النفسى والدوافع Psychoanalysis and Motivation (1989) يميز لشتنبيرغ Lichtenberg بين خمسة منظومات من الدوافع. كل واحدة من هذه المنظومات تهدف إلى تنظيم الحاجات الأساسية أو إشباعها. وتتكون هذه المنظومات الخمسة من:

- ضرورة إشباع الحاجات الفيزيولوجية،
- الحاجة للارتباط والإخلاص،
- الحاجة للاستكشاف وتوكيد الذات،
- الحاجة للاستجابة بنفور من خلال الاحتجاج أو الانسحاب أو كليهما،
- الحاجة للمتعة الحسية و الاستثارة الجنسية.

ووفقاً للشتنبيرغ يفترض أن يتم تعديل نظرية الدافع الثنائية التقليدية، التى انطلقت من محرك أول ضمن عضوي intra organismically first mover: فحتى المعطيات الخارجية تجعل منظومات الدوافع تتحرك. فعندما يتم تقديم شخشخة لطفل شارد على سبيل المثال فإنه من المتوقع أن إرادته لإمساكها والنظر إليها وسماعها وتناولها في فمه سيوقظ دافعاً استقصائياً موكداً

للذات قوياً. وتوسع الانفعالات الظاهرة هنا خبرات الدافع وتشكل أهدافاً جديدة للدوافع. و كل منظومة من منظومات الدوافع وفق لشتنبيرغ بالمعنى الدقيق هى منظومة دافعية وظيفية: الدوافع تثير وظائف أداتية، يتم توجيهها من الانفعالات. ومن ناحيتها تستدعى إمكانات التصرف الوظيفية مع التوسيع الانفعالي دوافعاً إلى الميدان. إن الدوافع تحدث "في" منظومات، وهو ما يعنى أنه لا يجب اعتبارها بنى، وإنما عمليات جارية باستمرار. كما يتضمن تصور المنظومة فكرة الفاعلية Activity من نحو فاعلية التنظيم و المبادرة و الاندماج، وبالتالي فهو (التصور) منسجم مع رؤية عصرية للطفل الذي لم يعد يمكن النظر إليه على أنه مجرد متلق سلبى لمطالب الدافع وتأثيرات المحيط، وإنما يصمم خبراته عن نفسه و محيطه بصورة فاعلة. ♦

يعد لشتنبرغ النقل نمطاً من الدوافع motivation muster، تبلور في النمو الطفولي ويلح لاحقاً في الحياة على التكرار. وفي العلاقة التحليلية يمكن التعرف على هذه الأنماط حتى من خلال سياقها الموقفي أيضاً و حالتها الانفعالية بمساعدة التعاطف والاستبطان. وتميل أنماط الدوافع إلى التكرار بشكل خاص عندما لا يكون قد استجيب للانفعالات المتضمنة في النمط بشكل كاف في الحياة الباكرة. فترتبط مع نمط الدافع الراهن في موقف-هنا والآن Here-and-Now-Situation.

وحسب لشتنبيرغ فإن النقد يساعد طاقة نمو الذات في إعادة تنظيم تصحيحية لنمط الدافع.

ويقوم **تنظيم الحاجات الفيزيولوجية** على تنظيم الطعام و الإخراج و النوم والتنفس وحرارة الجسم وما يشبه ذلك، التي تعد في التحليل النفسي التقليدي كونا للدافع الجنسي، ولكن من لشتنبيرغ تم تصورها بوصفها منظومة دافعية مستقلة. ويتطلب النقل القائم على هذه المنظومة من الدوافع من المحلل التركيز على استرداد كمالoptimizeمثل هذا النوع من عمليات التنظيم.

و يتضمن النقل الذي يقوم على **الحاجة للارتباط والإخلاص** عمليات المساومة الفاشلة على القرب و التعلقية بشكل خاص. بالإضافة إلى أنه يلاحظ في هذا النقل التوق نحو الانسجام الانفعالي و الصدى التعاطفي ونحو أجزاء من رؤى القيم والقناعات.

♦ وهكذا تمكنت على سبيل المثال مريضة بعد ساعات طويلة من التحليل أن تقر بأنها استطاعت التعرف بأنه كان لديها رغبة قوية في أنها كانت تريد أن تكون حتى في نهاية الأسبوع بالقرب من العيادة العلاجية للمحلل؛ إلا أنه لم يكن هنا الدافع الأساسي الكامن خلف ذلك الفضول (الأوديبي) أو الرغبة الجنسية، وإنما شعور قوي بالارتباط. فقد أمكنها تذكر بأنها عندما كانت طفلة قد تمنت بشدة لو سمح لها بالبقاء إلى جانب والدها العامل في الحديقة الكبيرة- الذي أعادها بخشونة لأمها داخل البيت، لأنه على ما يبدو لم يكن قادراً على تحمل تعلقية ابنته الصغيرة به. ♦

ويتضمن النقل الذي يقوم على **الحاجة للاستكشاف و توكيد الذات** في الغالب خبرات فاشلة في التمكن من السماح بخبرة النفس بوصفها كفء أو من التمكن من استكشاف شيء ما بفضول. ووفقاً لهذه الرؤية فإن الخوف من النجاح أو الإحباط المتجدد باستمرار لخبرات النجاح قبل تحقيق الهدف بوقت قصير ليسا بأي شكل من الأشكال مجرد بقايا أوديبية فحسب وإنما يمكن أن تكون قد نشأت في وقت مبكر جداً في حياة الطفل.

ويمكن التعرف على النقل الذي يتصف **بالحاجة للاستجابة بالتناقض أو الانسحاب** من خلال أن المريض المعني يعبر عن القلق من قول لا ومن تحديد نفسه ومن صد رغبة له ومن تحمل المعارضة و التعبير عن موقفهم بقوة و أمور أخرى كثيرة.

أما النقل الذي يقوم على **الحاجة نحو الاستمتاع الحسي** فيرتبط بالصعوبات على

الترفيه الحسي للذات و السماح للذات بالاستمتاع و الاسترخاء.

♦ فعلى سبيل المثال اعتقد مريض بأن محلله قد يطلب منه بأن يكون فاعلاً بلا توقف، يطلق تداعياته كالآلة. وقد عاش كل انقطاع قصير الأمد لخواطره بمشاعر ذنب شديدة. كان الاسترخاء بالنسبة له مرتبطاً بالتعطل (الركود) والمتعة مع التبذير حيث يقدم المرء المال الذي حصل عليه بشق النفس للبائع ويعنى الاستمتاع الحسى بالنسبة لهذا المريض رفاهية فائضة. فلو كان عليه أن يدفع من نفسه "لرفاهية" العلاج، فسيكون ذلك مستحيلاً له، على الرغم من أنه يمتلك أموالاً ضخمة. ويغلب الظن أننا نجد هنا التعبير الشرجى الاحتباسى anal retentive لاندفاعات دافع ليبيدوي و سادي، ولكن حسب لشتنبيرغ يتثبت في هذا النقل خبرة فاشلة من الصدى الحيوي vitalized resonance فيما يتعلق بالخبرة الاستمتاعية الحسية في الطفولة.

وفي النقل الذي يقوم على **الحاجة نحو الاستثارة الجنسية** وصولاً إلى النشوة يتجلى الكف الذي اكتسبه الأطفال و اليافعين بناء على خبرات صراعية. و لكن بما أن الطموح نحو المتعة الحسية يمثل دافعاً أقوى إلى مدى بعيد مما قد عرف حتى الآن، ولأن الطموح بالإضافة إلى ذلك نحو الاستثارة الجنسية أقرب لأن يكون متكررا periodic و عرضيا episodically، فإن النقل يلعب في سياق الاستثارة الجنسية وفق لشتنبرغ دوراً أقرب للثانوي. (وبالطبع ليس في كل تلك الحالات التي تصبح فيها الاستثارة الجنسية في غير موضعها على شكل تجنسية Sexualization، مع العلم أنه لدى التأمل التمايزي نجد أن المسألة تتعلق في العادة بستر (أو نبذ cashier) منظومات الدوافع الأخرى).

♦ تم إغراق مريض في خبرته بضغط قوي متكرر بالاستعراض exhibition أمام محللته، و يستثير إعجابها بقضيبه الضخم والنوم معها في النهاية. وفي يوم من الأيام عندما لم يعد هناك توتر قَلِق لدى المريض في الاتصال تطرقت المحللة إلى هذه الخبرة حيث تمكن من التعبير عن هواماته. إلا أنه سرعان ما اتضح بأن الأمر هنا لا يتعلق بتعبير مكشوف لاندفاعات دافع أوديبى غشيان محارمى incestuous وإنما بتعبير مجنَّس sexualization لرغبات الارتباط و التعلق، التى لم يتم التمكن على الإطلاق من التعبير عنها في جو الأسرة الفصامى التى ترعرع فيها المريض. كان من الممكن لصد هذا النقل أن يخجل المريض بشكل مفرط، في حين أنه سيتمكن من الشعور في هواماته الجنسية بوصفه المسيطر الفحل potent و الذي يستحق الإعجاب لمحللته-أمه. ♦

تصورات مختلفة، حول الكيفية التي يدرك فيها المريض الموقف العلاجي

ما الذي يبحث عنه المريض في العلاقة التحليلية؟ يبدو أن الإجابة قد تكون تافهة: فهو بالطبع يبحث شعورياً عن التحرر من أعراضه و حالات معاناته. ولكن بما أن المحلل النفسي يرى في العرض تعبيراً عن حدث صراع ديناميكي نفسي كامن في الأعماق، فإن هذه الإجابة لا تبعث على الرضا. ففي نموذج صراع الدافع التقليدي يتم الافتراض بأن المريض يطمح نحو إشباع واسع للدافع ؛ فالمريض غير المشبع جنسياً وشهوانياً على سبيل المثال يبحث في محلله عن أم راعية يمكنه في الوقت نفسه ممارسة جنس مثير معها. و في نموذج القصور النمائي يبحث المريض عن تحسين خبرة الذات و في نموذج صراع العلاقة يرغب المريض من جهة في إعادة بناء نمط العلاقة القديمة الموثوقة (العصابية والانصدامية)، إلا أنه يبحث من جهة أخرى عن خبرات جديدة تجعله يعيش علاقة مع شعور كبير بالكفاءة، مع إشباع أكثر وقلق أقل ومشاعر خجل (جدول 4).

فإذا تأملنا هذه العملية من البحث مرة أخرى من منظور النقل، فسوف تظهر لدينا الصورة المعروضة في جدول 5.

جدول (4): الإدراك اللاشعوري للموقف العلاجي

نموذج صراع الدافع	نموذج القصور النهائي	نموذج صراع العلاقة
يدرك المريض محلله بشكل لاشعوري كموضوع دافع، يمكنه بمساعدته إشباع اندفاعات دوافعه المكبوتة وكذلك ليست أقل منها المتزاحمة و الوهمية.	**يبحث المريض في محلله عن إنسان يؤمن له وظيفة موضوع ذات، كي يحسن من اتساقه الذاتي المضطرب ويتمكن من مواصلة نموه المنقطع في وجوه كثيرة.**	**يبحث المريض في المعالج على شريك يعزز له رؤية علاقته العصابية؛ إلا أنه يبحث أيضاً عن إنسان بمكنه أن يصنع معه خبرات علاقة جديدة.**

جدول (5): تصورات النقل

نموذج صراع الدافع	**نموذج القصور النهائي**	**نموذج صراع العلاقة**
النقل عبارة عن تشويه في غالبيته، لأن المحلل عبارة عن مظلة إسقاط بناء على موقفه الغفلي anonym والحيادي، وبالتالي ليس له تأثيرات خاصة أبداً أو لا	**ينظر للنقل بشكل خاص من منظور ما يحتاجه المريض من محلله، على سبيل المثال كموضوع ذات بمعنى الانعكاس**	**انطباعات المريض عن معالجه ليست تشويهات وإنما هي مصدر مهم للمعلومات -بالنسبة له لاشعوري- حول كيف يعيش ويشكل هذا الأخير**

توجد إلا بصورة ضئيلة في التفاعل العلاجي. ولابد من جعل هذا التشويه الذي نشأ على أساس خليط مركب من المعاش و الهوامات اللاشعورية و الإسقاطات شعوريا ومعالجته treatment، وهو ما يحدث من بين أمور أخرى من خلال أن يري المحلل للمريض الفرق بين الإدراك الذاتي و الواقع في هنا والآن.	mirroringالتمكن من التقديس. النقل عبارة عن تعبير لحاجات النمو الخائبة ومنظومات الدافع التي يفترض أن تصل إلى نهاية سعيدة في الحاضر. فوق ذلك لابد من إيجاد النقاط التي حدثت فيها الانكسارات التعاطفية في فهم حاجات النمو للمريض. ويعد النقص الحاصل في التعاطف عند المعالج نقطة الارتباط بالنسبة لهذا النوع من النقل.	العلاقة. وتشكل المحرضات الإرشادية المتنوعة التي تنطلق من المحلل بشكل لفظي وغير لفظي نقطة الارتباط لإدراكات المريض. وبما أن المحلل يعيش المريض كمشارك وشريك في حدث العلاقة فلا يتم كافتراض a prioriتشويه انطباعات المريض كما هو الأمر في نموذج صراع الدافع ، وإنما ينظر إليها بوصفها تستحق الاختبار. فهي يمكنها أن تتضمن استنتاجات مهمة حول واقع العلاقة البين ذاتية intersubjective.

التعامل مع النقل

"يقوم المحلل بجعل المريض يدرك النقل ، ويتم حله، بأن يقنعه المرء بأنه في سلوك النقل لديه إنما يقوم بإعادة إحياء واقع مشاعره، المنبثق من علاقات موضوعه المبكرة ومن المراحل المكبوتة لطفولته. ومن خلال مثل هذا التحويل يتحول النقل من أقوى أسلحة المقاومة إلى أفضل أدوات الاستشفاء التحليلي. وفي كل الأحول يظل استخدامه الجزء الأصعب و الأهم بالمقدار نفسه للتقنية التحليلية" (Freud, 1925d, P. 68f).

لم تكن تصريحات فرويد حول التعامل مع النقل كثيرة و طبقاً لذلك يمكن تلخيصها بشكل مختصر. وهذا ما يثير العجب إذ أن تحليل النقل يعد بشكل عام ميزة التحليل النفسي و يعد استخدامه الصحيح الجزء الأصعب. من التحليل. ففي سنة 1926 استنتج فرويد البالغ من العمر سبعين سنة في ذلك الوقت: "... . كل شيء يتوقف الآن على تحقيقه، و المهارة الكاملة في استخدام "النقل" تقع من ضمن ذلك. إنكم ترون أن أعلى المطالب المطلوبة من التقنية التحليلية تصل قمتها هنا. فهنا يمكن للمرء أن يرتكب أشد الأخطاء أو يضمن أفضل النجاحات. ومن السخف محاولة التملص من الصعوبات من خلال قيام المرء بقمع النقل أو إهماله؛ فمهما كان ما يفعله فهو لا يستحق اسم التحليل. وطرد المريض بمجرد ظهور منغصات عصاب نقله أمر ليس معقولاً كما أنه يعد جبناً؛ فهذا يشبه وكأن المرء استحضر الأرواح و بمجرد أن حضرت هرب منها... . المخرج الوحيد الممكن من موقف النقل هو العودة لماضي المريض، كيف خبره بالفعل أو كيف شكله من خلال نشاطات هواماته المحققة للرغبة. وهذا يتطلب لدى المحلل الكثير من المهارة والصبر و الهدوء و إنكار الذات" (1926,P. 259)

وقد فصل فرويد في نظرية تقنيات العلاج نموذجين:

- النموذج الأول تم النظر فيه للنقل على أنه بالدرجة الأولى مقاومة ضد إعادة إحياء (نبش) الذكريات، و ينبثق المكسب العلاجي عن ذلك إلى مدى بعيد.
- في النموذج الثاني ينجم النقل بشكل أساسي من جهود المريض لتحقيق رغباته. وينبثق المكسب العلاجي بشكل أساسي من إعادة خبرة (تحديث) هذه الرغبات في النقل بأن يعيش المريض بأن أمر ما قديم يتجلى فيه إلا أنه يمكنه في الوقت نفسه بناء خبرة علاقة جديدة بمحلله تتجه إليها الآن هذه الرغبات.

في النموذج الأول يتجه اتجاه البحث بوضوح نحو المادة البيوغرافية. فحتى في

أحدى مقالاته الأخيرة بعنوان "الأبنية في التحليل Constructions in the Analysis" يتبنى فرويد هذا التصور، على الرغم من أن خبراته الإكلينيكية لم تؤيده: "كثيراً ما لا ينجح المرء في جعل المريض يتذكر المكبوت" (1937, P. 53).

وفيما يتعلق بتصورات النموذج الآخر فقد عبر فرويد في "التذكر والإعادة والمعالجة[1] remember, repetition and treatment" بأن الذكريات الماضية تعود بسهولة إذا ما تمكن المحلل التعامل مع المقاومة بشكل مناسب. وفي "محاضرة حول المدخل إلى التحليل النفسي" أشار فرويد (1916-1917) أن العمل مع الذكريات الماضية يتراجع إلى مدى بعيد عندما يكون النقل قد نما بشكل صحيح. عندئذ يتحول النقل إلى "ساحة المعركة" التي ينبغي أن تتركز عليها كل القوى. فإذا ما ألقى المعالج كل ثقله على إعادة بناء الذكريات الماضية (المعالج: "وهنا أهملتك أمك بشدة!"-هنا كانت أمك غير متعاطفة معك أبداً") فإن الخطر يكمن في أنه سيتم عدم رؤية أو على الأقل تناسي إعادة إخراج[2] الرغبات والهوامات اللاشعورية في العلاقة الراهنة. غير أن تأكيد فرويد بأن النقل نفسه يمكن أن يتحول إلى مقاومة عارمة ضد التذكر تغطي حقيقة أن النقل يتجلى دائماً على هيئة إعادة في شكل إخراج[3] لاشعورية. ومن ثم فإن النقل لا يتم إنتاجه و تحليله كغاية بحد ذاته (كما يتهم بعض منتقدي التحليل النفسي أيضاً)، بل أن النقل هو العصاب. وكلما نجحت معالجة treatment وحل النقل، ازدادت الخبرة العصابية اضمحلالاً. ولم يكن أحد يرى أقل من فرويد نفسه أنه بمقدار ما يقترب المرء من هذا الهدف ideal يكون العلاج therapy أكثر توفيقاً.

بالإضافة إلى ذلك وصف فرويد نموذجين لتحليل بادئ (في البداية).

- في النموذج الأول لا تتم في البداية ملاحظة وجود أية مقاومة تجاه العمل التحليلي.

---

[1] Erinnern,Wiederholen und Durcharbeiten

[2] إعادة كتابة سيناريو الماضي

[3] Inszenierung

إذ يمكن للمريض على ما يبدو أن يتبع بدون أية صعوبة أسس التداعي الحر، وينمي ارتباطاً بمحلله، ولا يرغب بتفويت أية جلسة علاجية، ويتقبل كذلك تفسيرات المحلل بحرية ويبدو أنه يحقق خطوات ممتازة. وتتراجع أعراضه أو تختفي كلية. إلا أن "شهر العسل التحليلي" هذا لابد وأن ينتهي إن عاجلاً أم آجلاً، وتصل العملية التحليلية للركود. وينمي المريض مقاومة مسمطة تجاه المعالجة التحليلية التي تعبر عن نفسها من خلال الامتناع عن الكلام أو من خلال الكف الذي يتم الإحساس به على شكل عدم القدرة على التحدث، والتي يمكن تفسيرها على أنها تجلٍ manifestation للتطلعات والمشاعر العدوانية أو الشهوانية erotic المكبوتة.

- في النموذج الثاني الذي وصفه فرويد توجد مقاومة المريض منذ بداية العلاج.

وعلى ما يبدو فإن فرويد قد افترض أن النقل في التحليل لم يتحول بعد إلى مقاومة، طالما يروي المريض شيئاً ما (غالباً حول مواضيع خارج العلاج أو فرضيات تاريخ حياتية) ولهذا كذلك لا يوجد أي سبب لتفسير النقل طالما تنساب أخبار المريض و أفكاره على ما يبدو بشكل عفوي، أي أنها تحدث من دون أية إعاقة.

إلا أن غايل و مسلاين Gill & Muslin (1976) قد أشارا إلى أنه حتى عندما يتداعى المريض بشكل حر فقد تكون هناك مقاومة-نقل موجودة ينبغي توضيحها في وقت مبكر. إذ أن الدلائل على النقل بوصفه تجليات Manifestations للمقاومة تجاه أن يصبح النقل شعورياً ترافق التحليل منذ البداية. وحتى فيرنتزي Ferenze (1923) قد خمن في ذلك الوقت بأنه يمكن للنقل الإيجابي الشديد في بداية تحليل ما أن يكون تعبيراً عن المقاومة.

العمل على النقل مقابل تحليل النقل خارج علاقة هنا ـ والآن

♦ يروي مريض متزوج بأنه في حفلة مع زملاء العمل قد رقص بمرح مع زميلة له في العمل؛ وفي نهاية هذه الليلة أوحت هذه المرأة له بأنها تريد أن تنام معه. بداية خطرت على باله بعض الأفكار حول حالته الصحية الراهنة، بعد ذلك خطر على باله بأنه عندما كان طفلاً قد حلم بكابوس متكرر باستمرار. في هذا الكابوس كان هناك ذئب مستلق مقابل سريره فكان يستلق في سريره مبتلاً من العرق منتظراً نور الفجر. واليوم صباحاً عندما حيا مديره تولد لديه انطباع بأنه مديره قد رمقه بنظرة صارمة.

سألته المحللة فيما إذا كان الذئب يجسد والده، الذي كان مرعوباً منه بسبب استثاراته الأوديبية، وأنه قد أدرك مديره الآن وكأنه الأب الصارم. أجاب المريض "نعم، إنها لفكرة مهمة"، ولكن من دون أن يظهر عليه أن الأمر قد مسه.

"والآن أنت خائف من أن أحكم عليك، لأنك انزلقت في غواية هذه الزميلة؟" قد تشكل بالمقابل تفسيراً للنقل، يمس المريض انفعالياً بشدة أكبر ويمثل فرصة لربط المشهد sceneالمعاش في الوقت الراهن مع حالة وجدانية باكرة. إذ أنه إذا ما أراد المرء أن يعدل من التصويرة Schema بشكل مبكر فإنه لن ينجح إلا عندما يجد من خلال تنشيط وجدان مشابه في هنا والآن معبراً نحو هناك وفي ذلك الوقت. ♦

الأهمية المركزية لنقل التحليل

في عدد من المنشورات قام المحلل النفسي الأمريكي مورتون م. غيل Morton M. Gill منذ سبعينيات القرن العشرين بالدعوة من أجل أخذ تحليل النقل الذي كان

يعد دائماً -وإن كان الأمر بأشكال مختلفة- جوهر ممارسة التحليل النفسي، بعين الجد. فمن أجل ألا يتحول التحليل النفسي إلى نوع من الجلسات العلاجية ذات التوجه العلم نفس أعماقي، فإنه من المهم جعل علاقة النقل في هنا والآن محور ومركز الإجراء التحليلي للنقل. مع العلم أن فرويد كان قد أشار إلى أنه يفترض أن يتم حل كل الصراعات في "نار النقل"، وأن غالبية المحللين النفسيين يتبنون هذه الرؤية بشكل مبرمج أيضاً، إلا أن تحليل النقل لا يتم إلا فيما ندر و بشكل قليل المنهجية و افتراضات premise خطأ في أجزاء كثيرة منه.

إن علاقة النقل المحددة بشكل مشحون بالانفعال هي المادة التي يصنع منها العلاج التحليلي؛ فبداية على شفافية (صفحة folio) تحليل علاقة النقل هذا يمكن أن ينمو استبصار حقيقي موسوم بالمشاعر. و تتجنب التفسيرات النشوئية التي غالباً ما يتم إعطائها بشكل مبالغ فيه أو تفسيرات المادة خارج التحليلية التطرق لعلاقة النقل بين المحلل ومريضه و لا تقود وفق وجهة نظر غيل إلا إلى **تفهم منطقي خالص**، بل حتى الذي قد يساء استغلاله بوصفه مقاومة تجاه التغيير.

وتبدو رؤية غيل Gill نوع من التجديد العام لرؤية فرويد بالأصل التي أصبحت قديمة جداً لجوهر العلاج التحليلي essentials of psychoanalytical therapy، والتي بالطبع لم يراعها هو نفسه.

تكثيف النقل و عصاب النقل

قد يكمن أحد أسباب التمسك الضمني بنظرية التنفيس من العصر ما قبل التحليلي، كما يخمن غيل (Gill,1982) أن المحلل يتصرف بتحفظ في تفسير النقل. وكان لابد للتوتر الانفعالي الذي يترافق مع الاستجابات الكامنة المختلفة للنقل، أن يكون قد وصل أولاً إلى نقطة مكثفة إلى درجة أنه يتم التعبير عنه من تلقاء نفسه إلى حد ما وبشكل عفوي. وتتقاطع هذه الرؤية مع رؤية أخرى تنطلق من أن التدخلات المتكررة وبشكل خاص المبكرة جداً بواسطة تفسير النقل قد تسبب اضطراب المجرى العفوي لعصاب

النقل (أنظر أدناه). ويذكِّر غيل Gill بـأنه يمكن بلا أية مشكلة تبرير الاتجاه المتحفظ للمحلل بوصفه إجراء مناسب لتقنية العلاج.

فلدى كثير من محللي الوقت الراهن النفسانيين تسود معارضة ضد التفسير المبكر للنقل، (أي خلال الجلسات الأربعين إلى الخمسين الأولى وأكثر). ويتم تبرير الأجراء الراهن الواسع الانتشار للإجراء التقني العلاجي الذي يتصف بالانتظار الحذر –غالباً مع الإشارة إلى أنه لابد بداية من ترسيخ رابطة العمل– من كثير من المحللين النفسيين بالإشارة إلى أن المس المبكر للنقل يجعله غير واضح ومشوه. غير أن هذه الشكوك ليست غير محقة كلية كما سنفصل أدناه.

لا يقصد بالتفسيرات المبكرة للنقل تفسيرات النقل العميقة للأسلوب الكلايني (التقليدي)، حيث يتم بسرعة كبيرة جداً تحت الإهمال الواسع للتفاصيل الملموسة من العلاقة الراهنة تقديم تفسيرات معيارية تلقينيه ذات صبغة فصامية، من خلال الاندفاعات السادية الفمية على سبيل المثال، وإنما يقصد أن التفسيرات المبكرة للمقاومة تجاه النقل تنطلق من سطح العلاقة في هنا والآن بين المعالج والمريض.

وقد يكمن أحد الأسباب الأخرى الممكنة لسوء الفهم في أنه لا يوجد وضوح حول ما هو معنى تفسير النقل في الواقع. فغالباً ما يتم الانطلاق بشكل خطأ من أنه لابد لتفسير النقل من أن يربط بالضرورة إعادة تصميم الماضي مع تفسير الخبرة الراهنة والسلوك. وعليه فإذا ما كان من المفترض القيام بتفسير للنقل منذ الجلسات الأولى للتحليل، فإن المحلل عندئذ ووفقاً لهذه الرؤية لم يمتلك بعد المعرفة التاريخية من أجل التمكن من التوضيح الكافي للجذور النشوئية للنقل. وعليه إذا ما كان المرء يتبنى وجهة النظر المتمثلة في رغبته في تقديم إعادة تصميم نشوئية كاملة، فإنه سوف يشعر على الأغلب بنفور شديد من التفسير المبكر للنقل.

فما هي العواقب حسب جيل (Gill,1982) إذا ما تم إهمال تفسير النقل في وقت مبكر؟ إحدى العواقب يمكن أن تكون أن عصاب النقل لن ينمو بالشكل المقبول على

الإطلاق. وعلى الرغم من أنه قد يكون هناك بين الحين والآخر تحليل مقبول لا ينمو فيه عصاب نقل يبدو أن بعض الباحثين يتجاهلون إمكانية أنه يمكن أن تتم عرقلة عصاب النقل عن النمو المناسب لأنه لم يتم تفسير النقل بشكل كاف و مبكر و مكثف وحازم.

بالمقابل فإنه في حين أنه يتم مناقشة أن التفسير المبكر جداً و المتكرر يشوه النمو العفوي للنقل، يرى غيل أنه من المحتمل أكثر أن التخلي عن التفسير سوف يقود إلى تشويه النقل. فالمحلل الذي لا يقدم أبداً أو يقدم بصورة زهيدة تفسيرات للنقل سوف يضفي دائماً –سواء كان قدوة أم مكروهاً– أية صفات و اتجاهات متوهمة. فإذا ما تم تضمين استجابات النقل هذه عبر فترة زمنية طويلة و ظلت دون تطرق، فإنها سوف تقود –في الحالة المثلى حتى قبل نهاية التحليل– إلى استجابات نقل مكثفة و قلما يصعب التحكم بها، والتي يعدها بعض المحللين النفسيين عندئذ التجلي الأول للنقل. وهو ما يمكن تشبيهه في الحياة اليومية على سبيل المثال بالحب المكتوم لفترة طويلة جداً و الذي لم يتم أبداً الحديث عنه فقد يقود إلى سوء فهم مأساوي.

يحطم تحليل النقل الاعتقاد بأن يفقد المرء الأعراض التي ترتبط أساساً بديناميكية نفسية كبيرة دون تغيير نمط النقل. فالتمسك بالأمل المتمثل في تحقيق الشفاء المرغوب من خلال تعديل الظروف الخارجية يعيق التآلف مع نمط العلاقة المتمثل (المستدمج). كان بعض المرضى قد تساءلوا: "إذا كانت الظروف الخارجية قابلة للتعديل، على سبيل المثال إذا ما وجدت شريكاً جديداً محبوباً وجذاباً كفاية أو حتى إذا ما أمكنني أن أكسب محللي صديقاً لي، فلماذا علي أن أتغير؟". ولكن الإنسان لا يستطيع أن يتخلص من ماضيه الخاص و إنما يستطيع أن يتغير ويغير حياته إذا ما أدرك نفسه في صيرورته.

المقاومة والنقل

كل مقاومة تعبر عن نفسها كمقاومة ضد النقل. وهنا يمكن التمييز بين ثلاثة أشكال:

1. **المقاومة ضد الغرق في النقل**: غالباً ما نجد هذا الشكل لدى المرضى الذين يريدون أن يظلوا مكتفين ذاتياً بشكل متطرف، الذين تمثل خبرة أنفسهم متعلقين بأية صورة من الصور ضيقاً نرجسياً شديداً لهم، والذين بنو شرنقة حول أنفسهم من أجل حماية ذاتهم القابلة للانجراح [الحساسة]، الذين يحتاجون لمتاريس مكتفية ذاتياً autarky من الدفاع حول أنفسهم.
2. **المقاومة ضد أن يصبح النقل شعورياً**: هذا الشكل من النقل هو ذلك النقل الذي يظهر منذ البداية (باستثناء المرضى الذين يناورون بما هو وارد في النقطة 1. بسبب شدة إمراضيتهم)، والذي ينبغي تفسيره منذ البداية بشكل منهجي ويحتاج على الأقل النصف حتى الثلثين من مدة العلاج التحليلي.
3. **المقاومة ضد حل النقل**: ويعد هذه الشكل على درجة من الأهمية بشكل خاص في مرحلة المعالجة treatment. فقد يكون المريض قد تعرف إلى أن إدراكه من المحلل و شكل العلاقة الناجم عن ذلك هو أحادي الجانب و أن شيئاً ما له علاقة بماضيه، ومع ذلك فإنه يصعب عليه بين الحين والآخر أن يجعل الأفعال تعقب هذه المعرفة. فالمعرفة سابقة على التحقيق إذا جاز القول، ولا يمكن التغلب على الكوابح الانفعالية المتنوعة إلا بالتدريج، شيئاً فشيئاً، في مجرى المعالجة المستمرة permanent treatment. فالمريضة على سبيل المثال ما زالت غير قادرة بعد –بعد أن أصبحت المقاومة ضد إدراك النقل واضحة كفاية–من التعبير دون ارتباك أمام معالجها. وعلى الرغم من أنها تعرف في هذه الأثناء بأنه لن يخجلها مثل أبوها في طفولتها، ولكنها على الرغم من ذلك مازال الخوف موجوداً. فقط من خلال الإلحاح اللطيف للمعالج بتكرار التعرض لهذا الموقف وخبرة الفرق بين ذلك الوقت و اليوم و إعادة التعلم بهذه الطريقة يحدث تعديل بالتدريج. وعليه لا يكفي إذا ما قالت المريضة لنفسها: "ها أنا أعرف أخيراً بأنه لم يستجب مثل أبي ولكن هذا يكفيني الآن؛ وسوف أتجنب كل المواضيع التي تستند منذ الآن على هذا الموضوع، كي لا أعيش المشاعر التي

ستكرر ظهورها هنا". بل عليها أن تواجه هذا الشك في تشكيلات مختلفة من العلاقة، و أن تخاطر بأن يتم تخجيلها، إلى أن تحل الخبرات الانفعالية الجيدة محل نمط المشاعر القديم أو تعيد تشكيلها.

وبهذا تتحول المقاومة ضد النقل إلى المحور المركزي لتحليل النقل (أنظر بتفصيل فقرة المقاومة ليست ظاهرة شعورية) و بهذا للتحليل عموماً.

إلا أنه ينبغي عدم إساءة فهم هذا التأكيد على تحليل النقل فيما يتعلق بإدراك و حل النقل بوصفه مطالبة بتحليل عدواني ملح للنقل. المهم هو على أية حال أيضاً الاحتفاظبتأثيرات تحليل النقل على المريض نصب العين. إذ أن المحلل الذي يحاول بالنتيجة أن يتطرق لكل التلميحات (الإشارات) حول شخصه وحول العلاقة التحليلية، يمكن أن يدركه المريض على أنه شخص متفوق جداً، يعتبر نفسه مهم جداً، متطفل، ملاحق، ملح بشكل جنسي مثلي، تكافلي-اكتئابي depressive-symbiosis. لهذا فإنه من المحتم بالنسبة للمحلل أن يعكس مراراً تأثيرات و إرجاعات تفسيرات النقل على إدراك علاقة النقل. وبدون شك فإن الأمر يحتاج أيضاً إلى الكثير من الخبرات و الحساسية و الرهافة.

التقاط تلميحات (إشارات) النقل

تكمن الوسيلة الأساسية من أجل حث تكثيف و توسيع استجابات النقل وعصاب النقل في أن يلتقط المحلل بشكل هادف وحازم consequent تلميحات أو إشارات النقل في السلوك اللفظي وغير واللفظي للمريض.

تظهر تلميحات العلاقة بشكل أساسي في شكلين:

- الأول الشكل المعروف عموماً وهو الإزاحة displacement.

ففي الوصف، على سبيل المثال وصف المادة خارج التحليل، من نحو وصف مدير مكابر، يمكن لمح تلميح على العلاقة بالمحلل، مع العلم أنه علينا أن نحذر دائماً من

المساواة أو المعادلة الحاصلة آليا. فالتأمل الدقيق في تلميحات العلاقة ينبغي أن يقود إلى كشف دقيق للمثير –طبقاً لبقايا اليوم في تحليل الحلم– في هنا والآن العلاقة Here-and-Now of Relationship ولا ينبغي أن يعزى مباشرة إلى جزء النقل الأصلي المخمن، بالشكل الذي يدرس فيه المرء أيضاً في تفسير للحلم مجرى وفق الأصول Lege Artis""خواطر الواقع"، التي تقوم على بقايا اليوم، و يعد ما يسمى بخواطر التفسير (أو تداعيات التفسير) بأنها أقرب إلى إجراء دفاعي.

- الشكل الثاني الذي يمكن أن تظهر فليه تلميحات على علاقة النقل هو التماهي (أو التهوي Identification) .

إذا يعبر المريض على سبيل المثال دائماً في عدة جلسات متتالية عن الانطباع بأنه يشعر بأن لا شيء يخطر على باله وأنه فاقد للمبادأة التي يحتاجها في عمله بشدة. فالمريض هنا وبشكل شعوري أو لا شعوري قد تماهي بشكل مؤقت مع سلوك وخبرة المعالج. ومريضة أخرى تشكو من النقص في حماسها enthusiasm الذي تحسه منذ فترة طويلة جداً في جميع علاقاتها . ويقود تفسير هذه التعابير التماهوية على أنها تلميحات للعلاقة إلى المعرفة المتمثلة في أن المريضة عاشت محللها مؤخراً كشخص لم يتمكن بحماس كبير على ما يبدو من التعبير عن التقدم خارج التحليل.

وهذا الشكل من التلميحات على علاقة النقل هو أصعب بكثير من الأول على الاكتشاف ولهذا فغالباً ما يتم تجاهله أو التعامي عنه.

السماح والتمكن من تقبل النقل

يكمن المبدأ الأهم لتحليل النقل من وجهة النظر الراهنة في أن يندمج المحلل في النقل من أجل أن يصبح بداية مشاركاً هادفاً بالمشهد التاريخ حياتي للمريض اللاشعوري في البداية، والذي يمكن بهذه الطريقة اعتباره مشهد تفاعل في هنا والآن وفي خطوة تالية سحبه على الخبرات النشوئية. ويعني الاندماج في البداية تقبل إما الإحساس بالرسائل غير اللفظية، على سبيل المثال جو الشهوة المصدودة بخجل أو

الرسائل اللفظية ("أجدك اليوم صارماً و صاداً)، بدلاً من صدها باستغراب أو إنكار دعوات التصرف المغطاة ("ألا تجد بأني أبدو غبياً؟") بطريقة مواسية، بل تركها تؤثر على النفس أولاً. وهنا لابد من ألا تنظر لهذه الإدراكات و التقديرات و الدعوات نحو سلوك دور محدد بأنك أنت المعني بها كشخص حقيقي، إذ أن المضامين السلبية قد تجعل المعالج ينشغل بشدة بالمشاعر المزعجة وفي حال وجود تقديس إيجابية يمكن لشعور التغرير بالذات أن يعمي المعالج عن مظاهر أخرى.

بدلاً من الامتناع الدفاعي defensive abstinence تجاه عروض النقل و الأدوار الاستجابة على مستوى أعلى meta level(تقشف ذاتي subjective abstinence)

من الضروري في الغالب الحفاظ على هذا النقل معلقاً، واستقصاء نصيبه النشوئي الراهن الممكن بدقة، ولكن من دون التماهي كلية مع هذا التقدير أو حتى الاستجابة بناء على العزو الحادث مع تقدير مضاد ("تشعر أني صارم و صاد؛ على ما يبدو أنك تخلط بيني وبين زوجتك"). و بدلاً على سبيل المثال من الاستجابة لعروض المريض المشهدية بطريقة رافضة أو توضيحية أو تربوية أو أخلاقية، يحاول المحلل فهمها. وتطلق على عدم الاستجابة هذا في التحليل النفسي تسمية الامتناع abstinence. فالمحلل لا يستجيب بالشكل الذي يتوقعه المريض، سواء أكانت استجابات متخوفة أم مفرحة، بالشكل الذي يفعله المرء في حوارات الحياة اليومية. و يصبح عدم الاستجابة أو الاستجابة بشكل مختلف مناسبة للمريض لاختبار إدراكاته و توقعاته.

> ♦ يحاول مريض على سبيل المثال أن يتهجم على تحفظ محلله في موضوع الاهتمام الجسدي. "أتعتقد بالفعل أنك الشكل الصحيح لشفائى؟. منذ أن قرأت كتب تيلمان موسر Tilman Moser ، تزايد شكى بفائدة الحديث هنا". وفي حوار غير تحليلى قد يجيبه المرء بأن كل إنسان يشفى نفسه بنفسه، أن المبادئ مهمة، أن الأمر ليس له علاقة بالشفاء... الخ. ♦

فإذا لم يكن المعالج مؤهلاً في الامتناع التحليلي النفساني ، فقد يقوم بتبرير نفسه وذلك بأن يقوم على سبيل المثال بالإشارة إلى أنه لابد للكلام وأن يقود إلى شيء ما وبأن الكلام عادة ما يرتبط بالمشاعر وأن الكلام لا يكون منعزلاً عن أي حيوية إلا لدى المجانين أو الفصاميين ... الخ. كما يمكن له أن ينسحب منزعجاً إلى الصمت أو قد يفترسه الغضب ملمحاً للمريض بأنه يمكنه إنهاء العلاج وأمور أخرى مشابهة. وبهذا فسيكون قد صعد إلى عرض النقل و تشربك مع مريضه في الأنماط القديمة للمواجهة. (إذ يلي النقد التبرير أو الانسحاب أو التهديد –وهي الأشكال المألوفة لعلاقة السلطة أو السيطرة). وبدلاً من المرور بخبرات جديدة للعلاقة، سيواجه المريض دائماً بالأنماط نفسها، التي يواجهها كل واحد منا في مواقف الحياة اليومية.

غير أن امتناع المُحَلِّل يمنع العودة اللانهائية للأمور نفسها. وبدلاً من الاستجابة بسلوك التبرير السهل (ليس الامتناع) يمكن للمحلل أن يشجع مريضه على سبيل المثال على مواصلة انتقاده وهو ما يمكن له أن يفاجئه (أي للمريض) كلية، لأنه لم يخبر مثل هذا الأمر سابقاً أبداً. ولكن يمكنه أن يطلب منه أيضاً مواصلة التعبير عن هوامات رغبات الاهتمام الجسدي لديه. فربما يتضح عندئذ أن خبرة المريض المستثارة اكتئابياً ترجع إلى قلة الاتصال بمحلله حيث تجلى ذلك برغبة اتصال جسدي كحجة. لهذا يمكن لكل تدخل لا يتطرق إلى عرض دور وجوب-تبرير-الذات، أن يهدي هذا الاتصال بحذر إلى طريقه.

♦وعليه يمكن للتدخل التالى أن يكون ممكناً:

"أنت تتوقع منى الآن أن أقدم تبريراً. فلو فعلت هذا فربما ستأتي بحجة جديدة. وبهذا سينشأ تباعد بيننا. فإذا لم أقم بتبرير نفسى الآن فستنشأ إمكانية التقارب بيننا. إنك تتمنى هذا إلا أنك تخاف من هذا على ما يبدو".

فلو ركز المرء على أن المريض لابد وأن يعرض نفسه لضغط مستمر بسبب حاجة لعقاب الذات، التى يرغب بتجسيدها على المعالج، فسيكون التدخل التالي ممكناً:

"أنك تحاول تحريكى لأضطر لتبرير نفسى؛ ربما أنت مضطر مرارا لتبرير تصرفاتك أمام نفسك. فإذا ماكنت مضطراً لتبرير نفسى أمامك فسيكون كلانا في نفس القارب بدلاً من أن نحاول أن نفهم مع بعضنا البعض عما يدفعك للاضطراب إلى تبرير نفسك باستمرار". ♦

غالباً ما يساء فهم الامتناع من الملاحظ الخارجي بأنه **عدم الاستجابة على مستوى السلوك**. غير أن الامتناع عبارة عن اتجاه للمعالج لا يمكن الاستغناء عنه في فلسفة العلاج التحليلي النفساني ، بعدم التطرق لمطلب الدور العصابي للمريض، المتمثل في أنه عسى أن يستجيب المقابل بالشكل الأقرب لما يتطابق مع تصويريته Schemaالداخلية (علاقات الموضوع). وبالطبع يستجيب المحلل إلا أنه يفعل ذلك على مستوى أعلى Meta level. ويظل الطلب المنبثق من المريض بلا إجابة، بأن لا يتم جدل الدور بالطريقة المألوفة للمريض من جهة، ومن جهة أخرى يستجيب المعالج لمريضه جداً بأن يفتح له إمكانية جديدة من الحوار. وهذه الرؤية الحديثة للامتناع (الخاص) يجعل أيضا التطبيق التقليدي لغفلية Anonymity المحلل مطلقة مبدئياً أو تتطلب على الأقل إعادة التفكير بهذا المنظور.

وحتى بالنسبة للمحلل فإن التعامل مع نقل مريضه يمثل خبرة خاصة: فهو على الرغم من أنه يسمح له، ويتماهي معه (أي للنقل) على سبيل التجريب ويفكر من خلال أية مظاهر سلوكية أو حتى هوامات داخلية يمكن أن يكون قد أثر هو كمثير لهذه التصويرات، غير أنه أن يمكنه أن يمتنع عن ضرورة أنه لابد له من الاستجابة على الطريقة المألوفة بشكل دور تكاملي (على مريض متبرم على سبيل المثال لا يحتاج للاستجابة بالزجر). ولا يشعر المريض بالصد في إدركاته وعدم الظهور غير المتوقع لاستجابة يعتقد بأنها بديهية يحرك عملية التفكير (التأمل) لديه. فلا يعود على سبيل المثال يجعل الناس الآخرين مسؤولين عن فشل الكثير من نواياه؛ بل سوف يبدأ بالتفكير من أين نشأت حاجاته التبريرية و ما هي الصعوبات التي يسببها هو لنفسه في التعامل مع الآخرين، إذا ما ظل يتهمهم باستمرار بأنهم لا يساعدونه كفاية أو عندما يصد باستمرار أولئك الذين يريدون مساعدته لأن الاتصال يوقظ الكثير من التطلعات التي يخجل منها (جدول 7).

جدول (6): التعامل مع النقل		
نموذج صراع الدافع	**نموذج القصور النمائي**	**نموذج صراع العلاقة**
طبقاً لسيطرة رؤية علم نفس فردية فإن الحوادث في المريض هي بؤرة تفسير النقل. لهذا يتم إسناد تفسيرات النقل (على عكس نصائح فرويد) بسرعة كبيرة إلى	**في أعمال علم نفس الذات self-psychologicalالقديمة فإن فهم تعابير المتعالج تظل على السطح الظاهر إلى مدى واسع. بالإضافة إلى ذلك لا يحتل كثيراً مركز الصدارة ما يعرضه المريض بشكل لا**	**البحث عن مثيرات النقل، المتعلقة باستجابات و تدخلات المحلل، هي البؤرة المركزية للأجراء؛ وطبقاً لذلك فإنه يسري: التحري عن تلميحات النقل (تلك غير المخبر عنها لفظياً) وإعطاء الأولوية لتحليل**

الماضي (بيانات تاريخية)؛ و تظل في جزء كبير منها مقتصرة على تحليل النقل الخارجي.	شعوري من الخبرات الماضية المشحونة بالصراع، وإنما ما الذي يحتاجه بالنسبة لنموه (خبرات موضوع الذات self-object experiences). **ولدى وجود تعاطف كاف لا يتم تنشيط الخبرات القديمة المشحونة بالصراع في العلاقة بالمحلل وإنما فقط خارج الإطار التحليلي، من دون أن يمثل ذلك نشاط.**	النقل في هنا والآن. وتحتل الارتباطات مع الخبرات التاريخية الممكنة مرتبة ثانوية، ولكنها بالطبع ليست غير مهمة أو لا معنى لها. مركز الاهتمام تحتله الكيفية التي يتشكل فيها التواصل الشعوري واللاشعوري على أساس العوامل البين شخصية والموقفية.

عدم موثوقية الخبرات الباكرة فقط على أساس تحليل النقل (الداخلي)؟

عندما يتحدث المريض عن علاقات خارج الإطار التحليلي، يمكن أن يكمن في هذا تلميح خفي للمحلل؛ إلا أن الميل إلى استخلاص تلميح للنقل في كل واقعة "خارج تحليل نفسية" يمكن أن يقود إلى صورة كاريكاتورية للتحليل النفساني . فعلى الرغم من أن كل مقولة للمريض تتضمن تلميحاً للنقل؛ إلا أن هذه الأهمية لا تحتاج أن تستند إلى المحتوى وإنما إلى مجرى الحديث. فإذا ما تحدث مريض عن خبرة مهينة جداً له من قبل مديره على سبيل المثال فإنه لا يجوز بشكل آلي استخلاص النتيجة المتمثلة في أنه يرغب لا شعوريا في أن يلمَّح مضموناً إلى محلله بهذا أنه يريد أيضاً أن يعيشه ب وصفه مهيناً؛ وإنما يستطيع أن يتحدث عن هذا لأنه يستطيع الثقة بمحلله، وهو ما ينبغي أن نرى النقل فيه. وعلى الرغم من أن تأكيد غايل Gill لتحليل النقل في هنا والآن مهم جداً إلا أنه

لابد هنا من التفريق بين المضمون والعملية. فمحتوى التعبير الظاهر للمريض لا يستند دائماً بأي شكل من الأشكال شعورياً أو لا شعورياً على المعالج، ولكن بالطبع يحدث كل شيء، أي كل ما يقوله المريض أو يخفيه، في العلاقة بمعالجه. بالإضافة إلى ذلك لابد من الأخذ بعين الاعتبار أن المحللين لا يستطيعون دائماً بشخصيتهم استثارة مثل ذلك النوع من الخبرات، التي يحتاجها المريض لإخراج (مسرحة) نقله.

فإذا ما عاش محلل ما مريضه على أنه متعاطف ومنسجم معه انفعالياً بشكل مثالي فهل لا تحتاج الخبرات المشحونة بالصراع و الانصدامية على الإطلاق لأن تتجدد في العلاقة بالمحلل(تحليل النقل –الداخلي Inner-Transfer analyses) وهل تحتاج لأن تتم معالجتها؟ أيكفي عندئذ لأن تصبح قابلة للخبرة في تشكيلات النقل -Transfer Formation خارج التحليل (تحليل النقل الخارجي exterior Transfer Analyses)؟ هناك رؤية في الاتجاه السائد في التحليل النفسي، ربما تتحدث في هذه الحالة عن تحليل غير كامل أو حتى عن عمل نقل. وعليه فقد أخرجت مريضة على سبيل المثال بشكل مستمر صراعات مع زوجها و زملاء العمل، إلا أن العلاقة التحليلية خالية من الصراعات و تشعر المريضة بأنها مفهومة بشكل مثالي من معالجها. أينبغي جعل الصراعات اللاشعورية أيضاًً غير صالحة في خبرات العلاقة الجديدة والأخرى داخل الموقف العلاجي، أم تقود طرق عدة للمعالجة و أخيراً لإزالة القناعات والصراعات المرضية؟ تؤيد الخبرات أنه حتى المحتويات الباكرة للذاكرة بانفعالات سلبية يمكن أن تتعدل إذا ما حدث هذا خارج العلاقة بالمحلل. هناك أسباب عدة لعدم إعطاء تحليل النقل الداخلي الأولوية المطلقة. فهو يمكن أن يكون غير مناسب عندما:

- لا يرى المحلل (حتى عند الاختبار العميق جداً لعلاقة النقل أو لمثيرات مؤشرات العلاقة المنطلقة منه) مناسبة بإسناد التفاعل خارج التحليل على نفسه ومريضه.
- نشوء خبرة علاقة إيجابية جديدة من خلال التطرق للتصورات السلبية للعلاقة (هل يحتمل أنك تعيشيني على صورة مستَغِل مثل مديرك؟") سوف يخل في هذا المكان بالعملية التحليلية بشكل حساس.

- تحتل أشكال نقل-موضوع الذات مع وظائفها الحيويةvitalize والبانية لتقدير الذات مركز الصدارة بوضوح وهي يحتاجها المريض بالضرورة لنموه.
- قد يتولد لدى المريض من خلال تحليل النقل الداخلي الانطباع بأن محلله يسند كل شيء إلى نفسه، ويقحم نفسه باستمرار في مركز الصدارة ويريد أن يكون أهم شخص في حياة مريضه (الأمر الذي يمكن أن يضاهي إعادة الانصدامية في المجال النرجسي). بالإضافة إلى أن المبالغة بتقويم شخص المحلل قد يخطف من المريض كل ديناميكياته الذاتية الدافعية و تقرير مصيره، التي تشكل استقلاليته، التي هي من دون شيء متأزمة وذلك طبقاً لمقدار الانصدامية.

ولكن ألا يتم من خلال المنع المؤقت suspendization لتحليل النقل تجميد الجدل الحاصل بين البين نفسي [الضمني] و البين شخصي intra psychic and interpersonal، من خلال إرجاع مشكلات المريض من خلال رؤية مبسطة إلى الماضي التاريخ حياتي لوحده؟ هل يمكن لتحليل نفسي مفهوم وفق الأصول Lege Artis أن يجري بالفعل من دون مراعاة الإخراج (مسرحة) الشعوري للصراع في هنا والآن ؟. إن الإجابة عن ذلك لا يمكن أن تكون غير: إنه على الرغم من أنه في تحليل نفسي لوجهة النظر التفاعلية-التكييفية يقوم المحلل دائماً بالتعبير إلا أنه لا يحتاج بالضرورة إلى التطرق. فمراعاته المستمرة هي التي تعطي المحلل التوجه عموماً، حول ما هي النقاط التاريخ حياتية الممكنة المسوسة في اللحظة الراهنة، مع العلم أنه ليس بالضرورة لهذا أن يحتاج لأن يكون متطابقاً كلية مع المشاهد في موضوع النقل الخارجي.

الأمر الفاصل بالنسبة لاتخاذ القرار هو فيما إذا كان ينبغي سحب رواية المريض على التفاعل مع المحلل أيضاً أم لا، وهو أمر لابد أن تتوفر فيه إلى جانب معايير المقبولية والمفهومية الكافية بالنسبة للمريض بالدرجة الأولى ، مسألة فيما إذا كانت هذه ضرورية بالنسبة لمطلب النمو عند المريض أم لا. ويمكن للحل الموفق لصراع قديم في النقل مع

المحلل أن يكون ضرورياً للنمو بشكل واضح، ولكن حتى هذا يمكن أن يحقق تناغماً انفعالياً مثالياً optimal affect attunement، يؤثر بشكل حيوي وينمي القدرة على تنظيم الذات، من دون أن يحتاج الأمر هنا للتطرق العلاقة هنا والآن في مظاهرها الصراعية و المتناقضة. ولهذا السبب لا يمكن هنا أيضاً النصح بقاعدة صارمة؛ الأمر الفاصل بالنسبة للإجراء المعني هو التفكير بما هي التدخلات أو الاتجاهات الأفضل لمريض معين في لحظة معينة بالنسبة لنموه. ولو تأملنا هذا واقعياً فإنه أصلاً يوجد بالنسبة لجزء كبير من الجلسة التحليلية شرط مقبول وكأنه أمر بديهي يقول أن المحلل موجود ببساطة لمريضه بغض النظر عما إذا كان هذا يحمل اضطراباً نرجسياً أم لا، بحيث لا يدخل أصلاً شخص المحلل إلى مركز الصدارة بشكل منافس إلا بين الحين والآخر.

"هذا الأساس (للعلاقة التحليلية) هو في جوهره ثقة المريض بأنه يستطيع استغلال المحلل، إذا ما احتاج لذلك، كوظيفة، كشيء كامل unperson من دون أن يلفت المحلل نظره إلى أهميته أو وجوده كشخص" (Treurniet,1958, P. 925).

كما أن نتائج أبحاث مجموعة أبحاث ماونت زيون العلاجنفسية Mount Zion Psychotherapy Research Group برئاسة وايس و سامبسون Weiss & Sampson تؤكد الرؤية أن المرضى يستطيعون تعديل قناعاتهم المرضية من دون أن يكون المعالج قد قام بتفسيرات النقل. بل أن الجو الآمن و "التدخلات المدروسة pro plan" ضرورية، حيث تقود إلى تفريد Individualization القناعات المرضية. إلا أن إتاحة جو من الأمان ومن خفض الحياء يشترطان أن يعبر (يعكس) المحلل باستمرار عن الكيفية التي تؤثر فيها تدخلاته على المريض حتى وإن لم يكن بالضرورة جعلها موضوعاً صريحاً للحديث.

يمكن اختبار النقل أيضاً بالطرق المموضعة

(التي يتم جعلها موضوعية objectification)

كل أولئك الذين ما زالوا يشككون بالطريقة التحليلية النفسية (أبحاث على الخط on-line Researches)، ربما لأنهم مازالوا لا يمتلكون خبرات كبيرة وربما لأنهم

يحتاجون الموضوعية objectivation كضمانة، ولكن من المؤكد أنه يمكن اختبار التصورات المعروضة لمطلب الدور في النقل وفي كفاءة الامتناع إمبيريقياً (مقطوع الخط Off-line).

في تحليل المخطط اللاشعوري Plan analyses لمجموعة بحث وايس وسامبسون (Wess & Sampson,1986) تم على سبيل المثال الانطلاق من أن المرضى منذ بداية العلاج -أي أيضاً حتى في الجلسة التحليلية الأولى- يحاولون بشكل لاشعوري تجديد نمط التوقع التاريخ حياتي و يحاولون بشكل شعوري قليلاً أو كثيراً تقدير سلوك المحلل بناء على إلى أي مدى هو يتطابق أو لا يتطابق مع التوقعات المرضية Pathogen anticipation (من نحو إذا ما قلت رأيي-لا شعوريا: إذا ما عبرت عن نقدي لسلوك والديِّ-، يعقبها تعبير صاد أو مزعج على سبيل المثال؛ أم إذا ما كنت لطيفاً (حباباً)، من نحو إذا ما حاولت إغراء محللي-، فهل يستجيب لهذا). فإذا ما أعقب ذلك تأكيد للتوقعات المرضية التي هي بالطبع دائماً ذات طبيعة خصوصيةidiosyncrasy (فالهدية يمكن على سبيل المثال أن تمثل محاولة أغراء، وأن تمثل كذلك تقرباً خجولاً لمريض مضطرب في تواصله؛ ففي الحالة الأخيرة ربما يكون تقبل الهدية ملائماً في كل الأحوال)، فسيشعر المريض بأنه معزز في حلقته العصابية أو حتى مشجعاً على أن يتبع تعابيره وأنماط سلوكه بأفعال أخرى.

النقل المعاكس

ما هو النقل المعاكس؟

في حين يتحدث مريض ما حول ظروفه الصعبة مع مديره، ظهرت لدى محللته النفسية المشاعر والتصورات و الأفكار التالية: إنها ترغب باحتضانه وأن تهدهده، وكأنها يمكنها أن تحرره من خلال ذلك من كل منافساته التي لا تنتهي مع الرجال. فهل أحست بهذا بما الذي رغبه المريض من والده بشكل لا شعوري، ولكنه لم يتجرأ على قوله؟ هل هي رغبتها هي من الطفولة واليفوع، بأن تشعر من أبيها بالحماية والاعتراف؟

هل تدرك تحديد الأدوار المنطلقة من المريض بشكل لا شعوري، المتمثلة في أنه ربما تحميه الأم من مشاعر الكره تجاه والده؟ أم أن المعالجة تحمي نفسها في دور نقلها كمديرة من الاندفاعات العدوانية غير المرغوبة للمريض، بأن ترغب بتغطية هذا في صورة تكوين عكسي مع ميول تصرف مشحونة بالحب؟

تدرك معالجة أخرى كيف أن مريضها الذي تمكن قبل قليل من عرض روايته بشكل مشحون بالمشاعر، قد أصبح منذ بضع دقائق في كلماته غير محسوس، وأنها تشعر بأنها أصبحت بعد وقت قصير تال مستحيلة، وكأن مريضها قد أغراها من أجل صدها بعدئذ. لقد عاشت هذا الأمر مراراً معه. فهل هذه حساسيتها، لأن تشعر بسرعة بالرفض أم أنها من الممكن أن تكون قدر أدركت شيئاً ما صحيحاً، مما أخرجه مريضها معها -بالطبع بشكل لا شعوري بالنسبة له-؟

إن الكيفية التي ينبغي فيها تصنيف هذا بالضبط ينبع من التصورات والهوامات المترافقة بالأحاسيس عند المعالج وليس مكتوباً على الجبين. ولكنها في كل حال مصدر معرفة مهم جداً و مركز العملية التحليلية. لهذا يعد تحليل النقل والتعامل معه مكوناً أساسياً لا يمكن الاستغناء عنه للكفاءة التحليلية النفسية.

وفي التحليل الاستبطانيintrospectiveللنقل المعاكس لابد من الإجابة عن الأسئلة التالية: إلى أي مدى يتعلق الأمر في المشاعر و الهوامات:

- بتماهيات منسجمة ومتكاملةconcordant and complimentary Identification
- بتماهيات إسقاطية واستعدادات للأدوار
- بنقل ذاتي
- ناجم عن كل هذه الحوادث التفاعلية interactive والبين نفسية intra psychic الجارية ؟

من الوصم stigmatize إلى العلامة المميزة للاحترافية التحليل نفسية – تعديلات تصور مفهوم النقل المعاكس

في بدايات التحليل النفسي اعتبر النقل المعاكس للمحلل –أي التصورات المشحونة بشدة بالانفعالات التي لا ترتبط بأي علاقة معروفة للوهلة الأولى بروايات المتعالج– تلويث لموضوعية التعرف؛ ولهذا السبب على المعالج أن يجعل ظهور النقل المعاكس المحتمل مدركاً، من أجل التمكن من قمعه مسبقاً في بداية ظهوره و كبته من الخبرة. وفي هذه الرؤية يشبه النقل المعاكس تصور الحكم المسبق، تصور تأثير مدير التجربة و تحيز العالم.

لقد استنتج فرويد في مؤتمر للتحليل النفساني في عام 1910"

"أصبحنا مهتمين ’بالنقل المعاكس‘، الذي يظهر لدى الطبيب من خلال تأثير المريض على الإحساس اللاشعوري للطبيب، ولسنا بعيدين كثيراً عن المناداة بأنه على الطبيب أن يتعرف في ذاته على هذا النقل المعاكس ويواجهه. لقد... . لاحظنا أن كل محلل نفسي لن يتقدم أكثر مما تسمح به عقده الخاصة ومقاوماته الداخلية، ومن هنا نطالب بأن يبدأ عمله بالتحليل الذاتي وأن يفعل هذا في أثناء خبراته مع المرضى ويعمقها باستمرار" (1910e,P. 108).

و بعد سنتين صاغ فرويد كنقيض للقاعدة التحليلية النفسية الأساسية الفرضية التالية:

"كما أنه على المتعالج أن يخبر بكل ما يلتقطه في ملاحظته لذاته... . ينبغي للطبيب أن يجعل نفسه في حالة أن كل ما يتم إخباره به لابد من الاستفادة منه بغرض التفسير، بغرض التعرف على اللاشعور الكامن، من دون استبدال الرقابة الذاتية بالانتقاء الذي تخلى عنه المريض، بكلمات أخرى: عليه أن يستخدم لاشعوره الذاتي كعضو استقبال للاّشعور المُعطي للمريض، أن يتكيف مع المتعالج، كما تكون سماعة الهاتف معيرة على القرص... . هكذا هو لاشعور الطبيب قادر من الطلائع المخبر بها للاشعور إعادة

بناء هذا... . . اللاشعور" (1912g. P. 382).

وعلى الرغم من تأكيد فرويد على خصوبة المطابقة مع قرص الهاتف فقد ظل هذا بداية في خلفية النقاش. و في المسلمات الرسمية للتحليل النفساني في ذلك الوقت سادت بداية الرؤية المتمثلة في أن النقل المعاكس يمثل معوقاً ومتغيرة دخيلة.

وتتم الإشارة في المراجع عادة إلى فيني كوت Winnicott,1949 و هامان Hemann,1950 و ليتل Little,1951 و اكر Racker,1953، الذين ظلوا لفترة طويلة يتكلمون عن الرؤية السائدة، المتمثلة في أنهم يعتبرون النقل المعاكس عبارة عن ذاتية دخيلة للمحل، عبارة عن دفاع المحلل ضد الانغماس العميق في تفاعله مع مريضه. أما اكر (Racker,1957) فقد كان يرى أن موضوع النقل الذي لم يعالج حتى ذلك الوقت بشكل كبير علمياً يشير إلى بقايا صراعات غير محلولة لدى المحلل.

رؤى مختلفة حول النقل

وهكذا تبدو أيضاً الرؤى الموصوفة "بالتقليدية" و "الكلانية" أو "الجمعية" للنقل المعاكس بأنها مواقف لمراحل زمنية مختلفة من مساعي التفكير.

1) الرؤية "التقليدية" "Classical" Vision

تذهب هذه الرؤية من أن النقل المعاكس للمحلل يمثل الاستجابة اللاشعورية على نقل المريض. وهي رؤية متأثرة بشدة برؤية فرويد لعام 1912، الذي حذر زملاءه التحليل نفسيين بالتغلب على النقل المعاكس الذي ترجع جذوره -مراراً ولكن ليس دائماً- إلى أساليب الخبرة العصابية الذاتية.

2) الرؤية "الكلانية" "totally" Vision

يمثل الرؤية الكلانية كل من هامان (1960, .Hermann (1950u و ليتل Little (1951) ور وكر (1957, .Rocker (1953u وكيرنبيرغ (1965) Kernberg وآخرين. وقد

تمسك هاينهان بأن تصور النقل المعاكس يفترض أن يشتمل على كل المشاعر التي يشعر بها المحلل تجاه المريض. وعلى عكس الرؤية التي كانت منتشرة جداً في ذلك الوقت بأن المشاعر والانفعالات الشديدة تجاه مريض ما مع التصور المثالي ideal بإرادة الخير لا يمكن التوفيق بينها وبين دناءة المشاعر العنيفة للمحلل، فقد ذهبت رؤيته من أن تصورات النموذج هذا لواقع العلاقة التحليلية غير مناسب ويمثل كذلك فهماً ناقصاً لاستعارة فرويد حول الجراحة والمرآة.

تكون العلاقة العلاجية مصممة بشكل خطأ إذا ما انطلق الإنسان من أن المحلل هو آلة تفسير تحليلية وأن المريض فقط هو الذي تعتمل فيه المشاعر العميقة. على العكس إذ تمثل الاستجابة المشحونة بالمشاعر للمحلل أهم مصدر للمعرفة حول الاستجابات اللاشعورية للمريض. وهنا لا يمكننا للوهلة الأولى اعتبار الاستجابة الأولى للمحلل بالضبط على أنها الجزء المعاكس للنقل عند مريض ما. لهذا من المفيد والمناسب أخذ أي استجابة انفعالية، تظهر في الجلسة حتى وإن كان للوهلة الأولى لا يمكن التعرف على وجود أي ارتباط بنقل المريض.

وكذلك ذهبت مارغريت ليتل (1951) Margaret Little من **تعريف كلاني** للنقل. ويمكن وصف الأبعاد الأربعة التي حددتها على النحو التالي:

- النقل المعاكس باعتباره اتجاه لا شعوري تجاه المريض.
- عناصر نقل عصابية، التي أن تقود إلى أن يعيش المحلل المريض كأحد والديه (أو أخوته).
- الاستجابة غير العصابية للمحلل على النقل عند مريضه (ما يسمى "النقل المعاكس الطبيعي").
- كل اتجاهات المحلل تجاه مريضه.

ويشير نقاد الرؤية الكلانية للنقل المعاكس من نحو آني رايش Annie Reich

(1960, .1959u) إلى أن تصنيف كل الاستجابات الظاهرة في التفاعل مع مريض ما (من نحو المشاعر و الهوامات والتصورات. . الخ على سبيل المثال) تحتل ضمن تصور النقل المعاكس، المفهوم بصورة كلانية، تلك الأهمية الخاصة ولهذا فهي قد تقود بصورة خاصة إلى استخدام مشتت للمفاهيم. ومن خلال الاستدلال بالاستنتاج القاضي: "أشعره الآن في نقلي المعاكس" يتم القفز فوق الخطوات المنهكة لعمليات المعرفة التأويلية hermeneutic العميقة بشكل عبقري على ما يبدو؛ فما يسمى بالانفعالية يتم المبالغة بتقويمها مقابل عمليات المعرفة الاستعرافية و يتم مرارا التخلي عن الاستجابات الذاتية. وتكفي العبارة: "استثار المريض هذا في" لاستخلاص العملية التأويلية العميقة والتوقف عن التعب بالتفكير بأي مقدار تتيح الاستجابات العصابية الذاتية و النقل المعاكس المناسبة (الفرصة) لهذه الخبرة.

وبشكل خاص رؤيتها المتبناة بحزم القائلة أن "خبرة النقل" لم تمثل بعد النقطة الختامية لعملية المعرفة التحليل نفسية المركبة، وإنما تقتضي من جهة كمية من المعرفة النظرية و من ناحية أخرى تأمل صارم بالانطباعات الانفعالية. هذه الرؤية تمثل معرفة مهمة.

3) النقل المعاكس بوصفه نقل المحلل

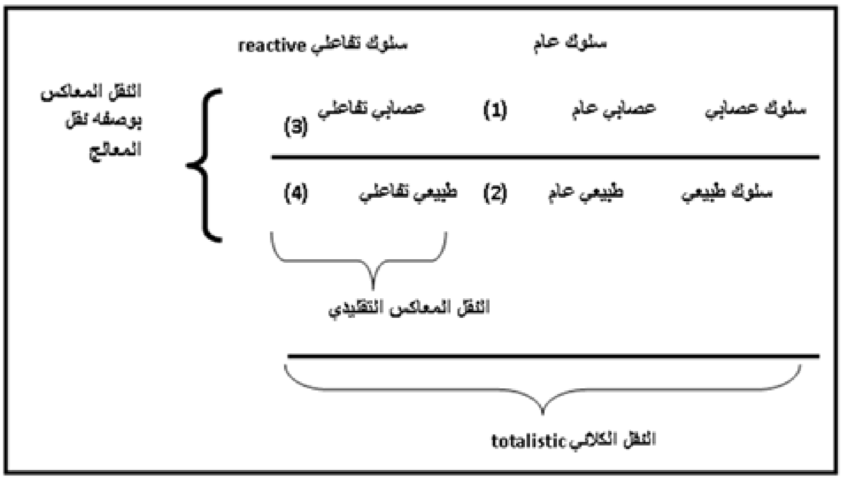
يرى هذا الموقف الذي تبناه بشكل أساسي غرينسون (Greenson,1982)في النقل المعاكس مفصل pendant النقل عند المريض الناجم عن الصراعات غير المتمثلة للمحلل.

- كاتجاه عام على سبيل المثال كاتجاه ذو تأثير متعجرف قليلاً و لا مبال، يساعد على عدم الطمأنينة في التواصلات البين إنسانية.
- كاستجابة نوعية تظهر فقط لدى أشخاص محددين الذين على سبيل المثال يبثون نوع من عدم الأمان للمواجهين لهم.

إلا أنه من المفيد عدم تسمية هذه الاستجابات بالنقل المعاكس، وإنما اعتبارها ما هي عليه، أي نقل المحلل. هذه الأطروحة المتمثلة في أن المريض قد استثار في الآخر شيئاً، ليس له علاقة كبيرة مع الذات، لا يمكن أن تكون حجة مريحة لعدم مراعاة النقل الذاتي.

بالإضافة إلى ذلك لابد أيضاُ من أن نأخذ بعين الاعتبار ما أشار إليه كيرنبيرغ في عام 1985، بأن استجابة النقل المعاكس التي ترجع إلى صراعات غير محلولة و مشكلات في الطبع عند المحلل، مرتبطة بطريقة عميقة مع التفاعل التحليلي تحديداً مع مريض معين (وهو ما يبرر من جهته الرؤية الكلانية). إن المرافقة النكوصية من أجل التمكن من فهم صراعات المريض يمكن أن ينشط صراعات شبيهة من الماضي لدى المحلل و كذلك مقاومات طبائعية، تكاد لا تلعب إي دور في التحليل مع مريض آخر أو في حياة المحلل . وفي فهم ضيق جداً للنقل المعاكس ينزلق المرء في إغراء اعتبار كل الاستجابة على أنها فقط مشكلة طبع لدى المحلل و ينسى في هذا بأية طريقة استثار فيها

المريض هذه الاستجابة عند المحلل. كما أوضح كيرنبيرغ كذلك في عام 1965 أنه لدى المرضى-الحدوديون أو المرضى الناكصون بشدة فإن الانفعالات المستثارة في المحلل، على الأقل المكثفة جداً، ترتبط بشدة بعلاقة-جزء-الموضوع للمريض و لا ترتبط كثيراً بالمشكلات النوعية للمحلل؛ لسوف تشعر غالبية المحللين باستجابة مشابهة في ذواتهم بالنسبة للمريض.



شكل (2): سلوك المحلل تجاه المريض (عن موللر، 1977: 144)

ويمكننا مع موللر (1977) Moeller التمييز بين ثلاث استخدامات مفاهيمية أساسية حسب المعايير طبيعي مقابل عصابي، تفاعلي مقابل عام على النحو المعروض في (الشكل 2):

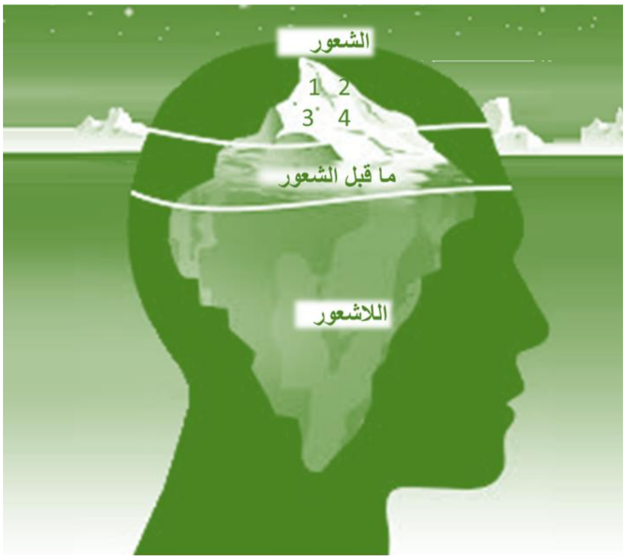
السلوك الكلي (الرؤية الكلانية) (=1،2،3،4)؛

1. السلوك التفاعلي، يمكن أن يكون سواء الطبيعي أم العصابي (الرؤية التقليدية) (=3،4)؛
2. السلوك العصابي، يمكن أن يكون سواء عام أم تفاعلي أيضاً (علاّقة
3. Pendant لنقل المريض)(=1،3).

إلا أنه يتم الانطلاق في محاولة التفريق هذه بأن المعايير الوصفية topical Criteria: الشعور، ما قبل الشعور، اللاشعور لا تلعب في المراجع حتى الآن أي دور كبير.

إلا أنه لدى التأمل بشكل تدقيقي لابد من مراعاة أن النقل المعاكس-على الأقل لفترة طويلة- هو **لاشعوري** في جزء كبير منه وأنها لا يمكن أن تصبح شعورية للمحلل

إلا بمساعدة الطلائع الشعورية و ما قبل الشعورية.



الشكل ٣: الأبعاد الشعورية وما قبل الشعورية واللاشعورية للنقل المعاكس

وطبقاً لذلك لابد من توسيع المخطط أعلاه طبقاً للمعايير الوصفية (شكل 3).

وبالطبع فإنه لا يمكن فصل الأبعاد الوصفية بشكل صاف، إلا أن قابليتها للتمييز عن بعضها من حيث المبدأ هي أمر لا غنى عنه بالنسبة للعملية العلاجية التي يفترض لها ألا تنتهي بتشابك مشترك. ولكن على الرغم من أن الرؤية التفاعلية للتحليل النفساني الحديث تقر كلية بالتصور الكلاني للنقل المعاكس وبشكل خاص في بعدها اللاشعوري ، إلا أنها تشير في الوقت نفسه إلى أن ضرورة التعبير عن النقل الذاتي العصابي على المريض و تأثير اتجاهات الشخصية و الانفعالات الذاتية الأخرى و الاستجابات السلوكية، هو أكثر إلحاحاً مما هو الأمر في الرؤية التقليدية. إذ أن هذه تنظر لظاهرة النقل المعاكس بوصفه "خطأ" مرتبط تفاعلياًreactiveكثيراً أو قليلاً و قابل للعزل، يمكنه أن يؤذي التعاطف بين الحين والآخر فقط.

وقد قادت المعرفة التي برهنت نفسها في العقود الأخيرة بشكل مطرد القوة والمتمثلة في أن انقسام-موضوع-ذات وضعي Positivist شبه تجريبي experimental analogueلا يمكن تبنيها أيضاً حتى جزئياً، إلى مساعي أكثر كثافة، نحو التحديد المفاهيمي للنقل المعاكس بشكل أفضل و أكثر دقة، من أجل التمكن من التعامل معه

بشكل أكثر وضوحاً في الميدان العملي. وبهذا تتقدم ذاتية subjectivity المحلل إلى بؤرة مركز الاهتمام بشكل أقوى. وبهذا فهي تعد اليوم مساعِدة توجه داخلي لا يمكن الاستغناء عنها. من أجل الفهم الأفضل أو بشكل عام من أجل الفهم عموماً وبشكل خاص للاتهامات اللاشعورية للذات و لسيناريوهات ولهوامات و لصراعات المريض.

يفهم التحليل النفسي الحديث الموقف التحليلي النفساني بوصفه تفاعل بين شخصين عليهما أن يفهما بعضيهما في ذاتيتهما. وبمجرد أن يقررا إجراء تحليل فإن كليهما يغرقان في دراما مشتركة. وحل هذه الدراما يقود إلى أن واحد منهما –وعادة ما يكون المريض هنا– يعرف نفسه بشكل أفضل. إذ أنه بشكل خاص في بدايات هذه الدراما تسيطر خداعات شديدة للذات: المريض يخدع نفسه في كثير من دوافع مقاصده ورغباته؛ كما أن المحلل ينزلق بشكل لا مفر منه في موقف يكون فيه مهدداً بفقدان رؤيته الواضحة في العادة. إن جدلية الموقف التحليلي النفساني تكمن في أن المريض لا يستطيع في النهاية التقدم إلا بالمقدار الذي يفهم فيه المحلل حركة هذه الدراما. ومن أجل هذا عليه أن يتعرض للضياع الذي يستثيره فيه الآخر وتاريخ حياته. وبوساطة استبطاناته introspection المدرب عليها يحاول المحلل إدراك عن تصورات ومشاعر موثوقة وغريبة ويحاول فهمها كإجابة عن الإخراج الشعوري واللاشعوري لمريضه. وهذا الاتجاه المعرفيepistemologicalللتحليل النفساني هو ما يميزه عن أي تقنية نفسية علاجية أخرى يستخدمها المرء، من دون يعتمد على الآخر بالفعل و من دون التخلي في فيها عن الثلاثية المنهجية، الملاحظة و التعاطف، و الاستبطان إلى مدى بعيد.

وبشكل أشد مما هو الأمر في النصف الأول من القرن العشرين يمكن للمرء أن يقر اليوم بهذه الذاتية في عملية المعرفة، من دون اعتبارها لا عقلانية أو مبهمةmystic أو غير علمية. وقد قادت الاكتشافات الأساسية في الفيزياء و تغيرات فلسفة العلم والرجوع عن الرؤية القاضية بمساواة المعرفة العلمية من خلال العقلانية (المنطقrationality) فقط على سبيل المثال و الحركة الثقافية إلى الرفع من شأن الذاتية في عملية المعرفة. و السماح بمعرفة تقوم على الإحساس الذاتي هو الذي قاد إلى تفهم أفضل للبين ذاتية inter

subjectivity وليس الموضوعية الضرورية. التي ترى مثلها الأعلى في القابلية للقياس المنعزلة عن الانفعالية. وبالطبع فإن المعرفة الانفعالية (الإحساس) تحتاج إلى نقطة ارتكاز خارجية. وهذه النقطة مضمونة من خلال–إلى جانب إدراك الأقوال غير اللفظية واللفظية من جانب المريض– التفسير التقريبي approximatively explication القابل للإجراء في كل لحظة للخبرة البين ذاتية؛ ولكن كذلك من خلال الاستفادة من معارف الحياة اليومية و مكونات النظرية التحليلية النفسية. إذ أن التعاطف و الاستبطان و تحليل النقل و النقل المعاكس تحدث دائماً بشكل شبه دقيق من نظريات – (الحياة اليومية).

وينبغي عدم فهم معاناة مريض ما كأعراض مستقلة نشأت بناء على تعلم خطأ لحل أو عدم تعلمه على الإطلاق، وإنما هي تعبير عن شخصية تطورت في سياق بين ذاتي في مجرى النمو و التنشئة الاجتماعية. فإذا ما غمر محلل ما بمساعدة إدراك نقله المعاكس الذاتي في السياق البين شخصي، الذي يتجلى في هنا والآن للموقف التحليلي، و أصبح لاعباً مشاركاً فاعلاً في دراما متفتحة شيئاً فشيئاً، تشبه هذه في مشاهدها المختلفة في كثير من الوجوه مواقف الحياة الانصدامية والصراعية للمريض، إلا أنها تبدي الكثير من الخبرات الجديدة، التي يمر بها مع محلله، الذي يستجيب بشكل مختلف عن الأطر المرجعية الباكرة.

وبهذا يصبح التعامل البارع مع النقل المعاكس هو الذي يقرر أيضاً:

- فيما إذا كانت الانصدامات والخبرات الصراعية القديمة قد حظيت عموماً بإعادة إخراج جديدة،
- فيما إذا كانت هذه تقود إلى إعادة انصدام و تثبيت للصراعات،
- فيما إذا كان بالإمكان الوصول إلى معالجة تفاعلية للخبرات القديمة،
- فيما إذا حدثت خبرات جديدة بعد معالجة الانصدامات السابقة و الصراعات.

وإذا ما كان على المرء أن يحقق مطلباً علمياً اجتماعياً، فإن تفسير مخططات الحياة الدراماتية على طريق فهم وإدراك النقل المعاكس لا يحتاج فقط إلى نظرية إكلينيكية ونمائية نفسية، تتيح لنا فهم التداخل بين الانصدامات و الصراعات و الدفاع والهوامات وبناء الشخصية في تعاقب تاريخي نمائي، وإنما يحتاج أيضاً إلى نظرية ثقافية واجتماعية. إذ أنه من دون معرفة الظروف التاريخية والاقتصادية و الثقافية التي نما المرضى ضمنها و التي يتحركون في نطاقها الآن يقوم خطر إساءة فهم تجليات حياتهم بشكل "ممنفس" psychologized.

النقل المعاكس ليس مجرد نقل تفاعلي reactive–فهم جديد للبين ذاتية التحليلية

إذا، كما أشرنا في فقرة النقل، لم تنشأ محتويات الكلام المعبر عنها لوحدها على أساس الديناميكية البين نفسية للمريض، وإنما استندت في مدى مختلف الحجم أيضاً على مستثيرات توجيه جزئية، وأحياناً واضحة أيضاً على جانب التدخلات المقصودة شعورياً للمحلل، عندئذ تصبح رؤيا ذاتية subjectivity المحلل مهمة جداً لسبب آخر: استجابة المحلل التي تجري في كل لحظة من التفاعل التحليلي (بغض النظر عما إذا كان يتدخل أم لا، أكان يتحرك على كرسيه أم لا)، تصبح مثيرات مهمة للمريض، لمتى و بأية طريقة يحاول أن يهتم بمواضيع صراع محددة و يعالجها. وبهذا يطلب من المحلل النفسي الحديث إلا يكون قادراً على التعرف فحسب على بعض صراعاته الداخلية الذاتية وبهذا كذلك على البقع المظلمة الممكنة متابعتها في تاريخ حياته، وإنما كذلك أن ينمي تصوراً حول الكيفية التي يستجيب فيها هو للمريض وعلى توقعات الدور والرغبات. إذ أنه يتم اكتساب هذه الاستجابات الظاهرة بطرق متنوعة -ولكن ليس فقط كتفسير على الإطلاق- لتصبح جزءاً أساسياً من الإخراج المنطلق من المريض؛ ومن هنا تتجلى لنا أيضاً أهمية التكوين الراهن actual genesesلانطباعات العلاقة في علاقة النقل.

وبهذا فقد أصبح واضحاً بأن ما يسمى "النسخة الكلانية للنقل المعاكس" هي الرؤية الوحيدة المقبولة. إذ أن المحلل لا يستجيب على نقل المريض بطريقة متجزئة وإنما يستجيب على كل شخص المريض و على أسلوب وطريقة روايته و على أشخاص محددين تدور حولهم الرواية و أشياء كثيرة أخرى. كما أنه لا يستجيب فقط بمشاعر متممة أو منسجمة، طبقاً لتمثيلات علاقة مريضه ، وإنما يستطيع أيضاً أن يستجيب بمشاعر نقله المعاكس العصابي، بإسقاط أجزاء من ذاته بل حتى أيضاً بتماهياته الإسقاطية الذاتية على الشخص و على ما يخبره به مريضه.

وغالباً ما تطفو مثل هذه الأسئلة والتي لا تحرك فقط أولئك الذين يهتمون للمرة الأولى مع الأحاييل النظرية لحوار العمل التحليلي النفساني :

- كيف يمكن مع مثل هذا النوع من التأثير الذاتي الكبير اعتبار أن "موضوعية" عملية المعرفة التأويليةhermeneutic العميقة محققة ؟
- أليست تفسيرات المحلل ملوثة دائماً تقريباً بذاتيته الخاصة؟
- أي محتوى للحقيقة يمكن أن يكون عندئذ مطابقاً لتفسيرات المحلل؟

ولكن كما على كل متخصص نفسي تجريبي جيد أن يتعلم حرفته أو على كل باحث أن يتعلم تقدير مدى ملائمة طريقته بالنسبة لمجال بحثه المدروس، يمكن كذلك للتدريبات و النمو المطرد للخبرة أن تقود إلى كفاءة أفضل للمحلل. ولا نحتاج هنا إلى التأكيد إلى أنه هنا كما هو الحال في أي إنجاز أو عمل إنساني هناك حدود للقدرات الإنسانية. ولكن مع ذلك تزداد الكفاءة التحليلية النفسية، غالباً مقارنة مع المهارات الفنية، من خلال التدريب والخبرة والتعلم الذاتي و الاستعداد للتعبير عن الذات وأمور أخرى كثيرة في مجرى السنين باطراد. فالعمل مع "النقل المعاكس" ليس عبارة عن خبرة ذوبان واهمة مصبوغة تكافلياً، لا تعرف عملية فهم وتفسير تأملية (فكرية) –كما يتهم نقاد التحليل النفسي غالباً–، وإنما هو عبارة عن إجراء تفريقي واضح وجلي يمكن الوصول فيها إلى الاحترافية، وبالطبع ليس بسرعة أو من خلال دورات أسبوعية. وإلى

جانب التحليل الذاتي والإشراف الذاتي و نمو الخبرة فإن التفسير المنهجي للحوادث الجوهرية المساهمة عند إدراك وتحليل النقل المعاكس يمثل شرطاً. بالإضافة إلى أنه لا يجوز أن نتجاهل عند المقارنة مع ما يسمى بالطرق الموضوعية في علم النفس الإكلينيكي أنه تتسلل وبشكل غير ملحوظ إلى هذه الطرق عند تفسير النتائج خاصة عناصر ذاتية، بحيث لا يمكن أن يكون محتوى الحقيقة هنا مطلقاً أيضاً (الجدول 7).

جدول (7): التعامل مع النقل

نموذج صراع الدافع	نموذج القصور النمائي	نموذج صراع العلاقة
على الرغم من الاعتراف بالتصور الكلاني للنقل المعاكس (مع المعرفة بأن النقل الذاتي للمحلل يمكنه أيضا أن يضر بالإدراكات والتدخلات) إلا أن المثل الأعلى يتألف في أنه يمثل بالنسبة للمريض "موضوع صاف" ولهذا السبب لابد أيضاً من حماية غفلية المحلل، كي يتاح المجال للمريض –طبقاً لهذه الرؤية– بعدم البقاء على	ينطلق الهدف من خلال رؤية محملة بالرغبة بالدخول في عالم المريض من خلال الكثير من التعاطف، تتمثل في أن المحلل في النهاية يظل أسيراً لمثال مرآة أو وعاء حيادي. لا يستجيب المحلل بأجزائه الخاصة إلا عندما يفشل تعاطفه بسبب صراعاته الذاتية غير المحلولة. كما أن التصور، المتمثل في وجوب التعرف على الحاجات النمائية غير المحققة بشكل	لا يكمن المثل المعرفي epistemology Idealفي موضوعية نظيفة، وإنما طبقاً لرؤى نظرية معرفية يتم الانطلاق منذ البداية من أن المحلل يسبح في سياق بين ذاتي، ينبثق في هنا والآن للموقف التحليلي وبهذا فهو مشارك ملتزم بدراما تتفتح بالتدريج. وحتى عندما يتصرف المحلل بسبب موقفه الامتناعي الإجرائي بشكل مخلف عن أشخاص الأطر المرجعية السابقين للمريض، لا يسعه إلا وأن ينمو في الدور الذي يحمله و المشاركة. إلا

سطح الإدراكات المسترشدة بالواقع، وإنما ليتمكن من التحرك في مجال تشرباته introjections الهوامية.	كاف مع المريض، و معالجة الكوابح وتنشيط طاقات النمو تقوم على القناعة بأن هذه تعمل بالشكل الأمثل إذا ما كان المحلل مغفلاً قدر الإمكان و حيادياً و ممتنعاً.	أن مفتاح عملية تنوير و شفاء المريض يكمن في التعرف على الإخراجات (المشاهد) المشتركة ومعالجتها.

الاستبطان، تقبل الأدوار و التماهي الإسقاطي

تتضمن الصيغة التي تبدو مجردة المتمثلة في العمل مع النقل و النقل المعاكس من وجهة النظر الراهنة عدد من الحوادث البين نفسية والبين شخصية و الخطوات المنهجية التي سوف نعرض لأهمها.

1) تقبل الدور و حوار الدور

لا يحتاج النقل للتجلي كخبرة بين نفسية intra psychic –-إذا جاز التعبير كتقدير وهمي للآخر قليلاً أو كثيراً- لدى المريض فحسب وإنما يمكنه أن يترافق مع مركبات تصرف. عندئذ يحاول المريض حسبساندلر Sandler, 1876 تحريك المحلل إلى سلوك دور محدد، إلى أم مطلقة للأحكام تجاه vis-à-vis طفل معاند و مشاكس على سبيل المثال.

إن سلوك الدور الحقيقي، سواء تم التعبير عنه كنمط سلوكي أم أدرك بشكل عابر كتصور مشحون بالانفعال و اتجاه سلوكي، يمثل في كثير من الحالات تشكيل وسط بين طبيعة مطلب المريض والأسلوب الذي يكون فيه محلل ما مستعداً للاستجابة إلى مثل هذا النوع من لعب الأدوار. إلا أن المهم في كل الأحوال هو قدرة المحل واستعداده

للاستجابة لهذا الدور المنطلق من مريضه وأن يكون مستقبلاً لذلك.

لهذا افترض ساندلر Sandler, 1976 أنه إلى جانب اتجاه الانتباه المستمر على نفس المستوى وجود اتجاه الاستعداد- لتقبل الدور المستمر على نفس المستوى أيضاً. فنحن نستجيب على إشارات التواصل الاي يبثها الآخر، ليس في العلاقة التحليلية فحسب وإنما في كل تفاعل ، بغض النظر عما إذا كانت هذه مدركة بالنسبة لنا وعما إذا كانت مقصودة من الآخر بشكل شعوري أو إذا كانت تسير من دون وعيه. فالمرضى ي=يجسدون بتكرار وشدة مختلفين علاقات دور مرغوبة وغير مرغوبة.

"الرغبات اللاشعورية... . للمريض، التي نتعامل معها في عملنا، تجد من الناحية البين نفسية التعبير عنها في الصور و الهوامات اللاشعورية (وصفياً)، تتمثل فيها الذات و الموضوع، التي (الصور والهوامات) تتفاعل مع بعضها البعض، بأدوار خاصة في كل مرة. وبمعنى أدق يحاول المريض في النقل (في إطار و داخل حدود الموقف التحليلي) تجديد هذه الأدوار في شكل مستتر" (Sandler,1976, P. 300).

وبدلاً من التعرف على رغباته الطفولية التي هي ليست مجرد رغبات دافعية فقط، و الحديث عنها أو إخراجها، والتمكن من نبذها أو تعديلها شعورياً، يحاول المريض تطبيقها في الواقع بوصفها علاقة دور.

♦ عرض ساندلر Sandler الاستعداد لتبنى الدور من خلال مثال على مريض كان يتحدث أمام ساندلر أكثر بكثير مما يفعل في الواقع. ومفكراً بهذا لاحظ بأنه شعر بالمخاوف من ألا يعود المريض يحضر وأن الكلام يفيد في تجنب الطموحات العدوانية للمريض. وبعد هذه الاكتشاف انتبه إلى أن مريضه، جعل وقع كل جمله تبدو كالسؤال وذلك من خلال تغيير بسيط في صوته. وبعد أن لفت نظره لهذا السلوك الذي لم يكن مدركاً أبداً من المريض، تذكر عندما كان طفلاً كيف ورط والده العائد للبيت و بوصفه أب مخيف جداً في

> مناقشة و كان عليه أن يطرح عليه أسئلة كثيرة من أجل التأكد بأن والده ليس غاضباً منه. أصبحت صياغة الأسئلة بعد ذلك وكأنها جزء من طبيعيته و تجلت في المواقف التى كان يستشعر فيها بالخطر والتى يحتاج فيها إلى التهدئة من الأشخاص السلطويين (Sandler,1976, P. 301f). ♦

وكمحلل ربما قد يستجيب المرء مراراً من دون أن يعرف على مطلب التصرف وفق دور محدد، من نحو ألا يستجيب بالاستنكار بالنظر لسلوك خطأ يذكر له، وإنما أقرب بملاحظة تشجيعية على سبيل المثال. وكثيراً ما لا يكون المحلل في هذا الحادث التواصلي التفاعلي مدركاً بأنه يستجيب طبقاً للدور المرسوم المرسل من المريض، من نحو بطريقة غير لفظية أو ما وراء لفظية Para verbalعلى سبيل المثال، فإذا جعل سلوكه مدركاً له، فقد تنشأ لدية الرؤية المتمثلة في أن هذا غير متأثر بالمريض. وفي الواقع فإن الأمر غالباً ما يتعلق بحل وسط بين طلب المريض و أسلوبه المعتاد في الاستجابة لمثل هذه الرسائل. ويمكن لهذا أن يصبح لديه مدركاً بشكل خاص من خلال استعداد تصرفي، لا ينتمي إلى أساليبه المعتادة في المتوسط، التي تبدو له غريبة إلى حد ما، وظاهرياً يخجل منها بعد ذلك أو حتى يغضب منها (مثال: "لماذا قمت وعلى غير عادتي بترك نفسي تندفع لنطق كلمات مواسية سطحية، بدلاً من التطرق بشكل أكثر دقة لخبرة المريض؟"). وبالطبع فإنه لا تستثار كل استجابات النقل المعاكس للمحلل من خلال طلبات الدور لمريض ما.

وحتى في فهم حديث لتصور التماهي الإسقاطي يتعلق الأمر بحوادث بين شخصية interpersonalتحدث في التفاعل و التواصل الواقعيين بين المريض و المحلل.

2) التماهي الإسقاطي

يناسب تصور التماهي الإسقاطي الموصوف في السنوات الأخيرة بوصفه شكل من التواصل و أسلوب Modus للعلاقات البين شخصية بشكل أساسي لفهم عمليات التبادل غير اللفظية بشكل خاص بين المحلل والمريض ولتحديد conceptualization

عمليات التمثل المركبة في المحلل، التي يفترض أن تعطى أهمية أكبر بكثير مما أعطيت حتى الآن.

ظل تصور التماهي الإسقاطي projective Identification، الذي أدخل بالأصل إلى التحليل النفسي من قبل ميلاني كلاين M. Klein,1946، لفترة طويلة "آلية غامضة و غير مفهومة" (Zwiebel,1985,P. 456). وفي بداية حتى أواسط السبعينيات من القرن العشرين حظيت عملية التماهي الإسقاطي حتى خارج الاتجاه الكلايني، في الاتجاه التحليلي بالاهتمام المتزايد. فمن خلال المعرفة التي أثبتت نفسها المتمثلة في أن العلاقة التحليلية النفسية ليست علاقة متسقة asymmetric وإنما تمثل علاقة تفاعل متبادل من حيث الاتجاه، فقد أخذ هذا المفهوم يصبح مطرد الأهمية و لا يمكن الاستغناء عنه في التحليل النفسي الحديث.

وبشكل خاص تعد المعرفة حول طريقة عمل التماهي الإسقاطي مهمة جداً بالنسبة لحادث التعرف على النقل المعاكس. بالإضافة إلى ذلك فإن إمكانات التعامل مع الخبرة المستثارة من المريض في المعالج (الذي عليه أن يعمل بلغة بيون Bion,1959 "كحاوية") مهمة جداً بطريقة حاسمة. إذ أن "استقلاب metabolization" الانفعالات المستثارة من المريض في المعالج، وعلى الأغلب الانفعالات القديمة[البدائية] archaic، كالغضب و اليأس والضياع الشديد وكذلك الحب الطفولي المكثف تقرر حول النجاح اللاحق للعملية العلاجية.

ففي أثناء الطور الأول من النمو لتصور التماهي الإسقاطي قامت عمليات الإسقاط والتماهي على حوادث التعديل **داخل** التمثيلات النفسية (في الإسقاط تتم إزاحة مظاهر تمثيل الذات نحو تمثيل الموضوع، في حين أنه في التماهي يتم أخذ أجزاء من تمثيل الموضوع في تمثيل الذات) و شريك التفاعل الفعلي غير معني بهذا، فقد تم في الطور الثاني على سبيل المثال من خلال بحث راكر Racker,1946 و غرينبيرغ Grinberg,1958 & 1962 بناء جسر مفاهيمي بين الهوامات البين نفسية في المريض واستجابات النقل المعاكس في المحلل.

في التحديدات الاصطلاحية لراكر Racker يتماهى المحلل concordant إما بشكل متسق مع تمثيلات الذات self-representation عند المريض أو بشكل تكاملي مع تمثيلات الموضوع في هوامات النقل عند المريض.

وقد ظهر بشكل أساسي من خلال أعمال بيون Bion,1962 & 1963 وتصوره "الحاوي-المحتوى container-contained" توسيع مهم للرؤية المتعلقة بالتماهي الإسقاطي. وقد تم وصفه، وكأن تجسيد أجزاء الذات externalization of self أو أجزاء الموضوع تتم عن طريق **التفاعل** في شريك التفاعل.

و يحدث هذا الحادث بشكل خاص لدى المرضى المضطربين باكراً، الذين غالباً ما لا يمكنهم توصيل أزمتهم الباكرة و احتياجاتهم إلا بشكل غير لفظي فقط، وبسبب التمايز القاصر بين الذات نفسها والآخر فإنهم يحتاجون المقابل لهم (الآخر) ليتمكنوا من أن يودعوا بطريقة موضوع ذاتية self objective أو متمركزة حول الذات بشكل طفولي، ولكنها ضرورية بشكل وجودي بالنسبة لخبرة الطفل، انفعالاتهم الملحاحة جداً في المحلل، كي يأخذها هذا و"يهضمها" و يحولها و يعيدها إلى المريض في شكل "منزوع عنها السموم "المحملة فيها من المكونات القديمة (البدائية) (وهو ما يلاءم تمثل "المحتوى contained") كما يوجد هذا الحادث من التماهي الإسقاطي بشكل جزئي لدى المرضى الأقل اضطراباً في وقت باكر أيضاً، و من هنا فإن التعاطف والمشاركة في الحمل للانفعالات التي يشعها المريض بدرجة كبيرة أو قليلة من حيث المبدأ هو عملية مهمة (جدول 8).

1. **الطور الإسقاطي**: في نموذج الأطوار الثلاثة للتماهي الإسقاطي لأوغدون Ogdon,1979 يعد الطور الأول من الإسقاط بين نفسي فقط. يرغب المعني في التخلص من جزء من ذاته الخاص (على شكل مظاهر شخصية أكثر شمولاً أو تمثيلات الذات-تمثيلات موضوع الذات)، لأن هذا يهدده من الداخل (كرهه

لأمجية[1] الأم Mother Imago، التي لم يعد الطفل قادراً على التحكم بها بشكل موضوع ذاتي) أو لأنه يريد أن يؤمن على مظاهر الذات الخاصة من مظاهر الذات الأخرى(المفترضة أنها شريرة أو مدمرة).

2. **طور الحث Induction phases أو التأثير التفاعلي** : تكمن خصوصية التماهي الإسقاطي بشكل خاص في هذا المظهر. يرغب المُسقِط بأي شكل الوصول إلى أن يتصرف المقابل له تماماً بالشكل الذي يتطابق مع هواماته الإسقاطية الداخلية. ومن أجل هذا الغرض لا يجوز للهوامات أن تظل بين نفسية، وإنما على المُسقِط أن يمارس ضغطاً سلوكياً و تفاعلياً على المستقبل. ويقود هذا التأثير الشديد قليلاً أو كثيراً إلى حل وسط: من جهة فقد حرر المريض نفسه من مظهر الذات الذي لا يطاق، ومن ناحية أخرى يظل هذا المظهر محفوظاً في الآخر، وهو ما يعاش على أنه توكيد بأن المرء قد خلص نفسه من مظهره هو و يستطيع ضبط هذه الخبرة الذاتية في الآخر. وبهذا يمكن أيضاً تحقيق مظاهر وهمية-سحرية magic-illusionary من عدم الانفصال عن الآخر و الأمان والتوجه.

3. **طور التشرب introjections أو طور التماهي**: في هذه المرحلة الثالثة يتماهى المستقبل مع الإسقاطات المستثارة تفاعلياً (من الأفضل الحديث عن التشرب لأن الأمر هنا لا يتعلق بتماه انتقائي على خلفية تمايز الموضوع-الذات). إنه يجبر بلا مناص من خلال الضغط البين شخصي الممارس قليلاً أو كثيراً على ألا يتمكن من أن يتباعد بسرعة عن أجزاء الذات المماثلة المنشطة عن طريق التماهي العابر، بحيث أنه تصبح قدراته التباعدية المتوفرة له من خلال التعاطف الطبيعي مهددة بالفقدان على الأقل لفترة عابرة. بتعبير آخر: لا يسمح المريض للمحلل أن يتماهى بشكل عابر وإنما يجبره على أن يظل في هذا التماهي.

---

[1] Imago أمجية صورة ذهنية متميزة بالتقديس والإعجاب عن شخص ما كالأم مثلاً وعن النفس أحياناً.

من خلال الهوامات المنشطة المشحونة بالانفعال لفترة زمنية طويلة -كما هو الحال في التعاطف المعتاد- في المحلل يعيش على سبيل المثال بعض مشاعر الغضب في ذاته، بعدم القدرة على التمكن من ضبط موضوع الذات. هذه المشاعر المنشطة في ذاته هي بالطبع ليست متطابقة مع مظاهر الذات عند المريض بشكل كامل، وإنما تمثل خليطاً مركباً من فهم الروح الأخرى و الخبرات الذاتية. وطبقاً لذلك يمتلك المحلل في العادة أيضاً استراتيجية دفاع و تمثل أخرى أكثر نضجا، يستطيع من خلالها تجنب حالات الانفعال المستثارة فيه.

والأخطار التي يمكن أن تظهر هنا هي على سبيل المثال "التماهي الإسقاطي المعاكس" الذي وصفه غرينبيرغ Grunberg, 1985: يتماهى المحلل بشدة ولفترة طويلة مع مظاهر الذات المستثارة فيه من خلال الإسقاط (على سبيل المثال غاضباً أو بلا تعاطف)، لا يعيش نفسه لفترة عابرة هكذا فحسب، وإنما يتصرف لفترة طويلة طبقاً لذلك، مع العلم أنه لا يستطيع أن يحقق بأن هذه المظاهر من الذات وأنماط الخبرة ليست مستثارة من المريض. ولأنها لا تتطابق مع صورته عن ذاته فلابد للمحلل من إنكارها من ذاته. ويضيع التباعد عن هوامات النقل، ويمكن أن تكون العاقبة على سبيل المثال إجراء على شكل تفسير متسرع موضوعاني للنقل أو تفسير دفاعي نشوئي ("لقد كانت أمك بالفعل مراراً غير متعاطفة معك، أليس كذلك"). كما أن إيرمان Erman,1988, P. 78 قد لفت النظر إلى "التصرف الدفاعي" الذي يدافع فيه المحلل ضد حالة-الأنا "السيئة" أو ضد أجزاء من الذات، "بأن يبرهن بشكل دائم أنه أحسن بكثير مما يبدو أن المريض يعتقده، الأمر الذي يمكن أن يتحول لدى بعض المعالجين إلى عقيدة علاجية.

4. **الحفاظ والتماسك**: مع أن المحلل يشعر بأنه واقع تحت الضغط بوضوح وأنه يشعر بأنه يعيش أمراً ما لا يريد أن يعيشه في هذه اللحظة (نحو مشاعر النقل المعاكس: "لن أكون مجبراً"، "مرة أخرى علي أن أكون كما يريدني المريض"، "علي أن أجبر ثانية على أن أكون كما يريدني المريض")، فإنه من المهم في حادث التماهي الإسقاطي، عدم إرادة التحرر المباشر من هذا الضغط -طالما قد أصبح

هذا الحادث مدركاً-(من نحو على شكل تفسير لما يفعله المريض معه). ويشير تسفيبل Zwiebel, 1988b,P. 266 إلى أن التمكن من الاحتفاظ يتعلق بالقدرة على احتمال القلق والتوتر عند المحلل، ولكن أيضاً بحجم التماهي الإسقاطي Massively of projective Identification.

والشيء المميز حسب هذا الباحث لهذه المرحلة بداية خبرة عدم الفهم الحقيقي لما يدور، إلى جانب الشعور بالخيبة والملل و الاستسلام. وحسب إيرمان Ermann, 1988,P. 77 فإنه من المهم جداً بالنسبة لهذه المرحلة عدم إرادة التهرب من "استخدام الموضوع النرجسي"، بأن يمارس المرء على سبيل المثال تحليلاً موضوعانياً للنقل.

وفي الحالة المثلى يحصل تمثل لحالات الانفعال المستثارة على شكل "استقلاب metabolize" أو "احتواء containing" (Bion,1959 & 1977)، أي التماسك أو الضبط، حيث يعمل المحلل هنا "كحاوية Container" "للمحتوى Contained". وهذا التحول المسمى أيضاً "بنزع التسميم" أو "الهضم" هو في جوهره حادث بين نفسي في المحلل، يمكن أن يوصله للمريض من دون كلمات أيضاً (بمساعدة نموذج شبه لفظي و فوق لفظي meta verbal).

5. **في طور إعادة التذوت re internalization** يحصل أخيراً تكامل بين مظاهر الذات والعلاقة المتحولة لدى المريض التي تم "نزع تسممها" من المحلل.

جدول(8): الأطوار المختلفة للتماهي الإسقاطي (عن أودغون ODGON,1989 **و تسفيبل** ZWIEBEL,1988 A &B)			
الطور الإسقاطي	مظاهر الذات و تمثيلات الذات-موضوع الذات		

طور التجنيد		التأثير **manipulation** وممارسة الضغط	
طور التشريب			تماهي عابر مع أجزاء الذات المسقطة والمستثارة وحالات-الأنا للمريض.
طور التمكن من الحفاظ			التمكن من الحفاظ
طور إعادة التذويت	دمج أجزاء الذات وعلاقات موضوع الذات في شكل "منزوع السموم"		

وتشير الأطوار الموصوفة إلى معالجة نظرية في التواصل والتفاعل لظواهر بين إنسانية مركبة، تتصف بشكل خاص بتوصيل غير لفظي لإشارات انفعالية.

المقاومة

المقاومة ليست ظواهر شعورية

عندما يكون المعالج قد تعرف على مكمن أسباب الاضطراب، فإنه يخبر المتعالج

بهذا (مثل: لديك مستوى عال من المطالب؛ إذا ما أصبحت تتوقع أقل من نفسك فسوف تكون راضياً بنتيجة عملك. توقعاتك العالية في الإنجاز ناجمة عن والدك الذي توقع منك أن تحقق إنجازاً هائلاً على سبيل المثال). وبناء على ذلك يمكن للمريض أن يغير من سلوكه ومن خبرته، وسوف تختفي اضطرابات عمله المعذبة. بهذا الشكل يتصور الجمهور في العادة عملية التعلم التحليلية النفسانية. فالمعالج يحدد للمريض الارتباطات السببية بين السلوك الخطأ الراهن وبين خبرة من الماضي، على الأغلب من الطفولة، مما يقود للاستبصار لدى المريض وبناء على ذلك يحدث تعديل آلي في السلوك.

لقد أدرك فرويد في وقت مبكر بأن مجرد التحديد للأسباب التاريخ حياتية الممكنة لدى مرضاه يكاد لا يقود إلى أية نتيجة، بحيث أن الإخبار بالمحتويات النفسية المكبوتة لا يكفي من أجل إحداث تغيير. فالتحليل النفساني ليس تفسيراً استعرافياً ينجم عنه تعديلات سلوكية، وإنما هو مواجهة مؤثرة انفعالياً لكلا المشاركين حول حيوية العلاقة و خبراتها. يرافق المحلل ما يرويه المريض بتعاطف، ويريه في الوقت نفسه أين يخدع نفسه حول نفسه والآخرين ويظل هو نفسه متخفياً، وهذا ليس فحسب بالنظر لعلاقاته مع الأشخاص الآخرين، وإنما أيضاً في التفاعل والتواصل مع المحلل. (على سبيل المثال يصعب عليك صد رغبة ما لزوجتك. وأحياناً ألاحظ بيننا مدى رضاك في التجاوب مع ما أقوله"). إنه ليس من السهل تقبل مثل هذه الخبرات، تجديد مضامين التعامل حتى الآن مع هذه المشكلات، وإتباع المعرفة والخبرة بالأفعال بل حتى القيام بمواجهة حول ذلك مع أهم شخص في تلك اللحظة: مع محلله. وضد كل هذا يحمي المريض نفسه بما يسمى المقاومة، من أجل ألا يتوجب عليه أن يواجه نفسه بشدة بالخبرات المخيفة والمخجلة والمولدة والمزعزعة لتقديره لذاته. وعلى أقصى تقدير منذ فرويد في مقالته العائدة لعام 1909 حول راتنمان Rattenmann التي أشار فيها إلى أنه في المعالجة التحليلية لابد من توقع "المقاومات المستمرة"، يتم السعي في التحليل النفساني إلى الوعي التدريجي بالتجليات المختلفة للمقاومة و التخلي المتدرج عنها. بل إن المراعاة المستمرة للمقاومة هي السمة الجوهرية التي تميز التحليل النفسي عن الأساليب العلاجية

النفسانية الأخرى. وهنا لا يتم السعي نحو التغلب على المقاومة بوساطة التحذيرات التربوية أو من خلال ممارسة الضغط وإنما من خلال التفهم الصبور والمتعاطف لتلك للدوافع الناشئة تاريخ حياتياً، التي تجعل المريض يتردد خائفاً وحذراً، متحفظاً بخجل أو بعناد. ولفترة طويلة أحياناً يتقبل المحلل بداية تمسك المريض بالحلول التقليدية المألوفة للصراع، لأنه يعرف مدى صعوبة تعديل اتجاه ما بطريقة جذرية. وبما أن المحللين في العادة لا يعملون تحت ضغط الوقت ولهذا كذلك فهم لا يحتاجون إلى إعادة لحظات التكوينات العصابية neurotogeneses أو الانصدامية من التنشئة الاجتماعية الأولية (وكذلك التنشئة الاجتماعية المدرسية)، فإنه يمكنهم ترك الوقت للمريض للتعرف على مقاوماته ومعالجتها. ولا تمثل هذه المعالجة اكتساب استبصار سريع و عقلاني في الغالب وإنما هو عملية تعلم شاقة و أحياناً طويلة. فعندما يقرر مريض ما على سبيل المثال إجراء نقاش نقدي مع مديره وأدرك كم من الخوف من العقوبة الوالدية ينقله إلى مديره، فلا بد من المرور بالكثير من الخطوات الصغيرة. وهنا يكون المحلل مرافقاً متعاطفاً ويقظاً، يسأل دائماً عن المشاعر والتصورات المخيفة؛ ولكن ليس من النادر أن تحتل علاقته بمريضه مركز الصدارة: "أليس من الممكن أنك لا تريد أن تقول لي شيئاً ما انتقادياً –مع كل ما تكنه لي من مودة –، ولكنك تعود لتكبته؟ وهنا يظهر أن اللغة المباشرة والصريحة حول الخبرات الانفعالية –الممكن أن تكون على سبيل المثال من نوع نقدي أو ودي– مع الإنسان القريب جداً مثل حال الوالدين في الطفولة ، غالباً تكون أصعب مما هو الحال لو تكلم المرء خارج الموقف التحليلي مع أشخاص آخرين. يضاف إلى ذلك أيضاً بأنه عادة مايتم تقديسه Idealization بشدة –وبشكل خاص لأنه أكثر تعاطفاً من الوالدين–. ولكن كيف يمكن للإنسان أن يقف موقفاً نقدياً من الشخص الذي يقدسه وأن يعبر عن تحفظاته أو أن يفكر فيه بمشاعر حب تعلقية؟ إن تجريب خطوات تعلم جديدة في هنا والآن يمكن أن يحدث تأثيراً واضحاً و لا يعود تعميم الخبرات خارج العلاقة العلاجية صعباً في العادة، حتى لو كان هنا لابد من مراعاة ظروف موقفية أخرى.

يمكن للمقاومة أن تتقنع بأشكال كثيرة

في حين أن فرويد قد اعتبر المقاومة في البداية **ظواهر شعورية** يدافع من خلالها المريض ضد ظهور الذكريات الصادمة وحدد هذه الظاهرة داخل نموذجه الوصفي (الطبوغرافيtopography) بوصفها تعبير عن دافع الحفاظ على الذات و عن الرقابة على متصل من الشعور–إلى ما قبل الشعور، فقد اتضح له أكثر فأكثر لاحقاً بأن المقاومات تعمل في جزء كبير منها بشكل لاشعوري، وهو ما قاد إلى استبدال النموذج البنيوي بالنموذج الوصفي. وهذا العمل اللاشعوري لا يسهل على المحلل التعرف على المقاومات بإشارة واحدة. على الرغم من إمكانية تحديد تجليات متعددة ملفتة للنظر يمكنها أن تشير إلى المقاومة. وهكذا فقد وصف غرينسون Greenson, 1973, P. 72 ff. صمت المريض و عدم الرغبة بالكلام و عدم مناسبة أو ملائمة المشاعر و وضعية الجسد و التمسك بفترة زمنية محددة (من نحو الطفولة أو الوقت الراهن على سبيل المثال)و رواية أحاديث تافهة و تجنب مواضيع محدد و التأخر عن الجلسة و اختفاء الأحلام و الملل و الهرب إلى الصحة... الخ على أنها ظواهر مقاومة. ففي النهاية يمكن أن يمثل أي نمط سلوكي المقاومة.

كما يمكن لرابطة العمل الجيدة أن تتضمن مقاومة سرية. وعليه هناك على سبيل المثال مرضى يدفعون استبطانياً introspective تحليلهم لذاتهم و يخشون من مواضيع تستثير القلق ومشاعر الذنب. إلا أنه عند التعرف الأقرب على ديناميكيتهم النفسية غالباً ما يظهر بأنهم يفعلون مثل هذا النوع بشكل مصطنع كي لا يزعجهم محللهم عندما يقوم بإعطائهم تفسيرات غير متوقعه وغير مطلوبة منهم أنفسهم حول الارتباطات. فإذا لم يتعرف المحلل على هذا الشكل على أنه مقاومة يظل المريض مستتراً، وكأنه عليه أن يحمي نفسه بأنشطته من أن يتعرف المحلل على شيء عنه لم يعرفه بعد. ويمكن لهذا الخوف أن يرتبط بتشكيلات ديناميكية نفسية مختلفة من نحو على سبيل المثال مع الخوف من أن يكون سلبياً كرجل وبهذا الخوف من رغبات جنسية مثلية والشهوة المثلية، ولكن أيضاً خوف من أم ملحاحة ينبغي حماية حدود الأنا المتأزمة منها.

ولكن ولا أي ظاهرة من الظواهر أعلاه التي ذكرها غرينسون تمثل بحد ذاتها per se مقاومة. فعلى الرغم من أن الصمت على سبيل المثال يعد شكلاً غالباً من تجلي المقاومة، إلا أنه لدى مرضى محددين الذين عليهم أن يرووا كل خبراتهم لأم تكافلية- تطفلية symbiotically- parasitic، فإن الصمت هو الخطوة الأولى باتجاه التفرد و بداية مرحلة للتحرر من نقل-الأم أو التغلب على مخاوف مرضية في التحليل. أو حتى أيضاً رواية الأحلام يمكن أن تشكل مقاومة بمعنى أن المريض يريد الإفهام بأنه يروي للمحلل "مجرد حلم" غير هذا لا شيء أبداً.

يتعلق ما تطلق عليه تسمية المقاومة بالزاوية التي ننظر فيها لهذا. فالمحلل ينطلق من أن المريض الذي يأتي إليه بسبب معاناته العصابية لديه في النهاية حاجة لتعديل نفسه وجعل الخبرات النفسية اللاشعورية شعورية و التخلي عن الحلول العصابية للصراع.

وبمقدار ما يستطيع المريض أن يتماهى إلى حد ما في رابطة العمل مع الوظائف التحليلية للمحلل، فقد يتمكن من مشاركته برؤيته: المقاومة هي أي خبرة وسلوك يعارض هذه الأهداف.

ومن منظور العمليات اللاشعورية وكذلك من منظور وظائف الأنا التركيبية synthetic وفهم النفس عند المريض يعني الاحتفاظ بأعراضه الراهنة و اتجاه طبعه الحفاظ على الوضع الراهنstatus quo وتجنب الانفعالات والتوترات المقيتة و تجنب الصراعات الأخرى ومواقف الخطر و مواصلة إمكانات الإشباع الطفولي و استخدام الحزن و الخجل و الخيبات.

"لماذا علي أنا"، هكذا يمكن لمريض أن يتساءل، عندما يستطيع التعبير عن غالبية المواضيع اللاشعورية بشكل شعوري، "أن أتخلى عن عظمتي الطفولية ، التي أصبحت لي أناي الثانية، ومشاعر اتزاني الأخلاقي تجاه والدي ومعالجي، حتى وإن اعتبر محيطي هذه تبجحاً ولجاجاً؟ يطيب لمشاعر قيمتي الذاتية عندما أستطيع الشعور بالتفوق على

من حولي. لماذا علي أن أحقق أن يتصرف الآخرين أخلاقياً وأن يكونوا أنداداً لي؟ لماذا علي أن أتخلى عن المتعة التي أشعر بها عندما أستطيع أن أشير بسبابتي بانتقام إلى ضعف الآخرين؟ ماذا سيحصل لو أن بعضاً من علاقات صداقتي قد انهارت بسبب حاجتي الصارمة rigid للضبط؟".

فمن منظور المريض هذا فإن للمقاومة وظيفة مفيدة. مع أن المريض يستطيع أن يرى منطقياً (عقلياً) بأن مقاوماته (بمقدار ما متوفرة له شعورياً) لها تأثيرات مضرة تجاه التغييرات، إلا أنه يستمر بالتمسك بالحلول الطفولية لصراعاته وهواماته التعويضية. فالمقاومات تحمي من جهة المظاهر اللاشعورية من الشخصية من أن تصبح شعورية، ولكنها أيضاً تحمي من الوظائف التركيبية للأنا تجاه الاقتحام الممكن المعاش بأنه عارم لهوامات الطفولة اللاشعورية. وطبقاً لذلك يمكن للمقاومة أن تنطلق سواء من الأنا المنطقي للمريض الراشد أم من الهوامات الطفولية. الطموح الأهم لكل مريض فرد يتجه نحو الحفاظ على التحام(تماسك) coherence شخصيته، مهما كانت هذه عصابية، و مشاعر قيمته الذاتية الصحيحة والباطلة. ولهذا الغرض يريد أن يتجنب أيضاً أن تطفو صراعاته الطفولية العميقة في العلاقة البين إنسانية الجديدة مع محلله وأن تبعث فيها الحياة.

ويوضح منظور المرضى هذا من جهة أنه في المواجهة التحليلية لابد من الأخذ بعين الاعتبار مقاومة المريض في كل **روحة وغدوة**، مهما بدا هذا في سلوكه ودوداً، مستبطناً، متعاوناً، حساساً، ومن جهة أخرى فإن المقاومات لا تعبر عن أمر غير مراد سيء، على "نعمة الاستشفاء التحليلي" أن تتقبله عن طيب خاطر وإنما تمثل مظهراً مهماً جداً كي تعمل الوظيفة النفسية و لتنظيم مشاعر الذات ولفهم منسجم للذات، الذي يعد الحفاظ عليها ضرورة لحياة المريض. (جدول 9)

جدول (9): التعامل مع النقل		
نموذج صراع الدافع	نموذج القصور النمائي	نموذج صراع العلاقة
من أجل تجنب القلق و الخجل و الذنب والاكتئاب و المشاعر الأخرى المقيتة جداً، يدافع المريض عن نفسه ضد إعادة إحياء خبرات العلاقة الباكرة في هنا والآن للعلاقة بمحلله. لهذا لابد باستمرار من توقع المقاومة.	إذا ما كان المعالج متعاطفاً كفاية ويسترشد بالحاجات النمائية لمريضه فإن مقاومة المريض ستكون في حدها الأدنى. ولكن عند نقص تعاطف المعالج يمتنع المريض و لا يعود يتقاسم مع معالجة تصوراته وهواماته المشحونة بالخجل و الذنب. تظهر المقاومات بناء على هذه الرؤية بدرجة قليلة جداً و هي تستثار من المحلل نفسه.	هنا من الواقعي أن نذهب من أنه لا يوجد أي محلل يكون دائماً متعاطفاً فحسب وبالإضافة إلى ذلك نادراً ما يكون دائماً غارقاً في عروض أدوار مريضه، لهذا لابد من الانطلاق من وجود مقاومة مستمرة عند المريض و التي لا يمكن منعها من خلال الاهتمام المتعاطف. إلا أن مدى شدة مقاومة المريض ضد التعرف على و السماح و معالجة المقاومة تتعلق بشكل حاسم بكفاءة المحلل.

التعرف على مقاومة النقل

يستخلص مما قيل أعلاه أن مقاومة النقل بشكل خاص في التحليل النفسي تحتل مكاناً مهماً. إذ منذ عام 1912 اهتم فرويد بشكل مسهب بمقاومة النقل، حيث اعتبرها في البداية عقبة بالنسبة للاستشفاء التحليلي. ففي ذلك الوقت كان من الثابت لفرويد بأن الفاعلية العلاجية لا ترجع إلى استرداد الذكريات المنسية وإنما ترجع فقط للتغلب

على مقاومات (النقل) لوحدها.

ولكن كان هناك بالإضافة إلى ذلك لدى فرويد نموذجان متناقضان حول الارتباط بين النقل و المقاومة:

- يعد النقل مقاومة التذكر؛ فالمريض لا يتذكر على سبيل المثال بأنه كان شكاكاً تجاه والده، ولكنه يتصرف بشك تجاه محلله من دون أن يعرف أي اتجاه يكرر بهذا أو ينقل.
- يعد النقل حقل حسم يسير عليها العمل التحليلي: تعد المقاومة في هذا النموذج الثاني على أنها انبثاقاً عن النقل. و هكذا تشعر مريضة على سبيل المثال بأنها تشعر بحاجة شديدة لأن يتم مدحها من قبل محللتها فيما يتعلق بكفاءتها المهنية؛ إلا أنها تكبت خائفة و مليئة بمشاعر الخجل هذه الرغبة . هي ذاتها ليست مدركة تخشى أن تصدها محللتها بوصفها محبة للظهور.

ويعد النموذج الأول لفرويد من وجهة النظر الراهنة جزءاً من مجاز-تاريخي عفا عليه الزمن. إذ يتم التذكر بوصفه قدرة معزولة للمريض، ينجم بشكل مستقل عن كل حقل علاقة مع النوعيات الانفعالية والمزاجية المطابقة. إلا أن التذكر مرتبط بالسياق دائماً ولا يمكن استرجاعه بشكل إرادي وبشكل خاص في حالة المحتويات المكبوتة من الذاكرة.

أما النموذج الثاني لفرويد فقد أثبت صلاحيته في التحليل النفسي، حتى وإن مازال حتى الآن هناك خلاف حول المقدار الذي ينبغي أن يسير فيه تحليل مقاومة النقل، وهو أمر يعزى إلى الغموض المفاهيمي إلى حد ما.

ويمكن التمييز مع جل Gill,1979,1993 الذي يعتبر ممثلاً لنموذج صراع العلاقة والذي يعد نفسه أكثر شخص يحاسب النموذج الثاني لفرويد حول مقاومة النقل على كلماته بين ثلاثة متغيرات لمقاومات النقل:

- مقاومة الاستجابة عموماً بمشاعر نقل على شخص المحلل. (المريض: أنا لا أستطيع فهم لماذا يعني المحلل للمرضى الآخرين كثيراً وهم على سبيل المثال يحزنون في أوقات الإجازة لأنهم لن يعودوا يروا محللهم –أمر مثل هذا لا يمكن أن يحدث لي!").

يلاحظ المرء هذا الشكل من المقاومة غالباً لدى المرضى الذين يريدون بشكل متطرف أن يكونوا مكتفين ذاتياً. ومجرد شعورهم بنوع من التعلق بشخص ما سيسبب لهم ضيقاً شديداً. أما لدى المحلل بالنتيجة فلا يمكن إلا وأن يظهر الشعور بأنه لا لزوم له.

- المقاومة ضد جعل النقل شعورياً: (المحلل: "أيمكن أن يكون أنك قد أحسست بأني ناقد جداً، بما يشبه ما عشته من أمك في الماضي؟" –المريض: "لا، فأنا لا أشعر بأنك ناقد". –المحلل: "ولكن وقع صوتك كأنك غاضب، وكأنك شعرت بأني انتقدك". –المريض: "هذا لم يكن واضحاً لي").

ويمثل هذا الشكل من المقاومة الجزء الأكبر من معالجة المقاومة ومن ثم كذلك بداية الجزء الأوسط من التحليل.

- المقاومة ضد حل النقل: (المريض: "أعرف أنك لم تعد موثوقاً، مثل أمي، ولكني دائماً أضبط نفسي في فكرة أنك ربما قد نسيتني بالفعل و أنا لا أعني لك شيئاً")

هذا الشكل من المقاومة مهم جداً وبشكل خاص في طور المعالجة –في طور الوسط والنهائي. إذ يمكن للمريض أن يكون قد تعرف على أن إدراكاته عن المحلل أحادية الجانب و هناك شيء له علاقة بماضيه و إسقاطاته، وبالإضافة إلى ذلك يصعب عليه مراراً أن يستتبع هذه المعرفة قناعات انفعالية. يحتاج تعديل الاتجاهات القديمة الراسخة انفعالياً وقتاً طويلاً يختلف من شخص لآخر: مرة بعد أخرى على المريض أن يتمكن من عمل الخبرات الجديدة بتشكيلات مختلفة من الخبرة و أن يقارنها مع تصويرته حتى الآن.

بالنسبة لكوت Koht,1971 توجد المقاومة ضد نقل موضوع الذات لسببين بشكل

أساسي:

- يمكن للمريض أن يكون خائفاً من أن يتم تخييب رغبات تأثيره ومثلنته idealization من جديد بطريقة صادمة ويمكن أن تقود إعادة الانصدامية على غضب وسوء اندماج قديم للذات.
- قد يخاف من أنه قد تدمر رغبات ذوبانه بموضوع ذات متلهف له بشدة خبرة التماهي المعرضة بشدة للخطر.

إلا أنه لا يجوز أن ينظر لهذه المقاومة وفق كوت على أنها حادث بين نفسي مستقل عن علاقة المريض-المحلل؛ بل أنه دائماً مرتبط بدرجة من الدرجات باتجاه المحلل الذي (أي الاتجاه) يعيشه المريض على أنه قليل الانسجام؛ ما يسمى بمقاومته هو عندئذ إجراء لحماية الذات، من تصديمها من جديد من معالج غير متعاطف كثيراً.

أيؤكد التحليل النفسي على المقاومة بشدة؟

حتى لو ألقى التحليل النفسي أهمية كبيرة على معالجة المقاومات لأن حقيقته المركزية مازالت دائماً تشير إلى أن الناس يضللون أنفسهم بأنفسهم لا تعني اتجاهاً مستنكراً تجاه المريض. إن أحد الاعتراضات المتكررة تجاه التحليل النفسي يقول بأنه يقف موقفاً سلبياً تجاه الطاقة الإنسانية الكامنة في الرغبة في التغير بل أن التحديدات الاصطلاحية للدفاع والمقاومة تشير إلى أنه هناك تشكيك بالطموح الإنساني تحقيق الذات.

وبالفعل فإن التحليل النفسي ينطلق من أن المرضى يتعلمون منذ طفولتهم قمع تصرفات محددة و اندفاعات و انفعالات و في النهاية يلغونها كلية من شعورهم، لأن تحقيق هذه الطموحات قد يستثير قلقاً كبيراً. وما يحدث في البداية بشكل شعوري يحدث منذ الآن بناء على التمثل اللاشعوري للمعلومات. وفي العادة لا يعرف الشخص أي شيء على الإطلاق عما يسمى آليات الدفاع وأنماط السلوك المنبثقة عن آلياتهم الدفاعية غالباً ما يقومون بعقلنتها (تبريرها) بنجاح. وحتى عن المقاومة التي يعتبرها المرء وضعية دفاعية بين شخصية في الموقف التحليلي لا يعرف المريض عنها شيئاً في البداية و لفترة

طويلة. لهذا فهو لا يعرف لماذا يتأخر عن الجلسة، و نسي موضوع الجلسة الأخيرة، ولا يستطيع تذكر أحلامه و يتحدث بلا انقطاع أو يتعب فجأة. لا يجوز للأسباب الحقيقية لكل أشكال هذه السلوك أن تكون شعورية له. مقاومته للتعرف على كل هذه الأسباب في علاقته بالمحلل تحمي مشاعر الهوية المعرضة للخطر. وشيئاً فشيئاً فقط يتحقق أن يتمكن المريض من التخلي عن مقاومة النقل ويعالجها. كما أن التعرف على مقاومات النقل والنقل المعاكس مهم بالنسبة للمحلل وإن كان الأمر بدرجة ضئيلة. وعليه يسري أيضاً أن عليه أن يوضح مقاوماته من خلال استجاباته الخاصة هو واستجابات مريضه ، و أن يضعها في علاقة معه عموماً و التعرف على نقله المعاكس وحله. وربما لا يصبح له الكثير من هذه مدركاً إلا في الإشراف الذاتي أو بمناسبة التفكير المعمق بمريضه.

وبهذا فإن المحلل النفسي يحمي نفسه من التشكيك بما يقوله الآخرون وبشكل خاص المرضى. إذ أن هؤلاء وبسبب انصدام اتهم الطفولية مغتربون عن أنفسهم جداً، ويخدعون أنفسهم جداً في مجالات كثيرة من مجالات الحياة ولا يرون "الجمل في أعينهم" كثيراً. ولا يرون إلا القليل أيضاً حول كيف يمكن "للاشعوري المنتج اجتماعياً" (Erdheim 1982) قسر السلوك الراهن أن يتحد مع المكبوتات الطفولية. ولكن أحياناً فإن الناس العصابيين يكونوا مقتنعين جداً بشرِّهم المزعوم ويهونون بعدئذ بمبالغة مقدسة من التقدير من الشر عند الناس الآخرين. بعدئذ يميلون إلى غض البصر عن الدوافع المصلحية الذاتية في الآخر وينظرون إليه بعين الرضا. ينطلق التحليل النفسي بناء على المعرفة الأساسية من حوادث الدفاع بأن الغيرية altruism المبالغ فيها في العادة تمثل تشكيل دفاعي ضد الدوافع السادية غير المعترف بها، والأخلاق مبالغ بها يمكن أن تكون دفاع ضد الشهوات الجنسية والعدوانية العنيفة، والطموح المبالغ به للاستقلالية يهدف إلى إشغال رغبات التعلق مفرطة الشدة المنكرة، و البحث باسم العلم يمكن اشتقاقه من دافع شديد للسلطة، و الإبداعية تستخدم ضد الخواء الداخلي و اليأس وأمور أخرى كثيرة.

البحث التحليلي النفساني عن الحقيقة هو وفق فرويد الطريق الذي لا يرحم الذي

على كل إنسان أن يمضي فيه للوصول للحقيقة. وكل مجتمع يجبر على قمع تعابير محددة من الانفعال ونزوعات دفاعية معينة، إلى درجة أنه لا يظل أي إنسان مستثنى من ضرورة مواجهة تاريخ قمعه يوما ما. وكل إنسان يحمل في ذاته إمكانية تحرير نفسه من تشابكاته اللاشعورية وتحقيق تكامل كبير ورؤية الحقيقة بشجاعة بعينيه.

وما يبعث على الراحة هو الحقيقة المتمثلة أن الحقيقة يمكن أن تكون حسب الحياة الخاصة المعاشة وحسب المجتمع الموجود فيه الإنسان مقبضة أيضاً ولا تعني بأي شكل خيراً.

ويذكرنا شعار فرويد التنويري بكانط الذي أراد أن يضع سيادة العقل على المشاعر، لأنه اعتبر المشاعر ظواهر لا اجتماعية ينبغي التغلب عليها أو تجاوزها. فالتغلب على الرغبات يقود للحرية وإلى التأمل العلمي للعالم. إلى أي مدى يمكن لهذا التصور الذهني للفهم العلمي الخالي من الانفعالات أن ينتج بحد ذاته ثانية أسطورة(خطيرة)، على سبيل المثال السيطرة العلمية على العالم، فهذا اليوم أكثر من مجرد واضح.

إلا أنه لا يمكن اعتبار اهتمام فرويد هو نفسه التقليد التنويري الكانطي بلا تحفظ. فقد تجذر فرويد في تقليدين اثنين: فلسفة التنوير الكانطي و الرومانتيكية التي بدأت مع روسو (Strenger,1989). ولأن فرويد على الرغم من كل مطلب التنوير قد عرف حول التعلق الذي لا يمكن إزالته لمنطقيتنا بانفعاليتنا و نزوعاتنا الدافعية، فإنه يعد تنويري نقدي، يستطيع أن يقدر حدود العقل الإنساني بشكل واقعي.

لهذا فإن إن الأسلوب الظواهري في التعامل مع المرضى، يحاسبهم على كلماتهم يعد ساذجاً من ناحية التحليل النفسي؛ فهو على الرغم من أنه يذهب من المعرفة المتوفرة والإدراك الذاتي للمريض و يتبع تفسيره العقلي للعالم، إلا أنه لا يستطيع التشكيك بخداع الذات عند المريض. ولهذا السبب فإن العمل مع المقاومة يعد مطلباً تحليلياً نفسياً مركزياً.

إلا أن المهم يظل هو فهم مقاومة المريض بشكل متفهم خطوة فخطوة بالتعاون معه

بدلاً من إرادة إزالة خداع الذات لديه بشكل غير صبور، وذلك من خلال التسرع في الإشارة إلى الدوافع الحقيقية لتصرف ما. لهذا ينبغي أن يسير الإجراء الفينومينولوجي و التأويل العميق التحليل نفسي يداً بيد. بغض النظر عن أن الإنسان كمحلل نفسي يمكنه أن يفشل أيضاً عند التفسير المتسرع للمصدود، يشعر المريض في العادة إما بأنه مأخوذ على حين غرة بهذا أو يستجيب بتقوية مقاومته لفهم نفسه أو أنه ينمي قلقاً يمكنه أن يقود إلى نكوص مؤذ. وفي الحالات التي يمكن للمريض أنه يبدو فيها ظاهرياً التفسير المتخذ بسرعة للدافع المصدود – أو لمحتوى الانفعال، فإنه ليس من النادر أن يكون الأمر متعلقاً هنا بخضوع أو تماه مع المعتد (غير المتعاطف).

بالإضافة إلى ذلك تقوي مثل هذه التفسيرات حاجات التعلق المازوخية بشكل سلبي ولهذا فهي لا تقود كذلك إلى أي استبصار لدى المريض. لهذا فإن الفن الذي من ضمنه المهارة العالية و الخبرات يكمن في جعل المريض منتبهاً بتعاطف للتناقضات في عرض أفكاره وحثه بالضغط الناعم على الملاحظة الذاتية النقدية والتعبير الذاتي النقدي لمبررات تصرفاته وجعله في هذا مدركاً باستمرار مدى معقولية مشاعر خوفه وخجله و ذنبه من خلال الاستبطان introspection بالنيابة (Gry,1986,1990). إن الاتجاه المكون من القلق من عدم الرغبة و الخجل الممكن الذي لا يتيح للمريض إلا القليل جداً من معرفة الذات –ولهذا يبد وللوهلة الأولى على الأقل أنه يميل المحللون النفسيون في علم نفس الذات– ويمكن أن يقود إلى معالجات مملة و إلى تثبيت خداع الذات و الشفقة عليها و معالجة غير كافية لمقاومات الطبع النرجسية.

حول مقاومة المحلل

تحتل مقاومة المحلل –المسماة غالباً مقاومة النقل المعاكس– في التحليل النفسي الراهن دوراً أكبر بكثير مما كان عليه الأمر في بدايات القرن العشرين. تتطلب الطبيعة البين شخصية للمقاومة، والتعزيز التفاعلي للمقاومة من جانب المريض و المحلل قدرة جديدة على الفعل متحدية قدرة المحلل النفسي بشكل واضح. وحسب بتغهوفر

Bettighofer (1994) يميل تفاعل المحلل والمريض إلى الاتفاق على "منظومة ثابتة من نمط وقواعد التواصل الذي يكمن خلفه تفاعل واضح ، والذي لا يعرض الاتزان الداخلي أو التوازن النرجسي لكليهما للخطر" (ص. 125). إن الاستنتاج القائل : إن مريض ما يمتلك مقاومة لا يستطيع التخلي عنها أو لا يريد يطرح في الوقت نفسه السؤال باستمرار: إلى أي مدى يفترض أن يظل دور المحلل بوصفه مشارك بالفعل ومضايق ولهذا أيضاً مشارك متورط في التفاعل المقاوم متخفياً خلف الموضوعية (الموضعة objectivation). وهنا بالطبع فإنه ليست كل مقاومة للمريض ترتبط بالمحلل بالضرورة، وهي رؤية غالباً ما يميل إليها المرضى المكابرون بشكل نرجسي؛ ولكن كمبدأ مساعد يمكن للمحللين النفسيين بين الحين والآخر أن يطرحوا السؤال فيما إذا لم يكونوا مع مرضاهم مشتبكون في التفاعل الذي وصلت فيه مشاعر القلق والخجل والذنب إلى درجة كبيرة. ويمكن للمرء أن يستخلص من ذلك الاستنتاج المتمثل في أنه بشكل خاص في مرحلة البداية لمعالجة تحليلية ينبغي أن يحدث إشراف داخلي مكثف، يفترض له أن يظهر مساهمة ليست بالقليلة في التحليل الذاتي.

- **مقاومة النقل المعاكس**

مثلما يمكن للمريض أن يقاوم ضد أن يصبح نقله شعورياً وضد زوال النقل، توجد لدى المحلل أيضاً مقاومة ضد أن يصبح النقل المعاكس لديه شعورياً وضل حل النقل المعاكس.

ففي حين أن المحلل في الحالة الأولى يدافع ضد أن تصبح مشاعر محددة وانفعالات وهوامات مدركة لا يتمكن في الحالة الثانية التعامل بشكل مناسب مع المشاعر المستثارة بشكل كبير. على الرغم من أنه على سبيل المثال قادر على إدراك حنقه و على الرغم من أنه يعرف مع أية مشكلة خاصة ترتبط هذه الانفعالات (من نحو تنافسه مع أخوته على سبيل المثال)، إلا أنه لا يتمكن من التحرر من هذه الانفعالات القوية؛ ولهذا فسوف تؤثر بشكل لا مفر منه على تفاعله مع المريض.

النقل المعاكس لا يمكن تجنبه؛ ولا أي تحليل تعليمي و لا أي تحليل ذاتي يمكنه منع المحلل من ألا يستجيب بمشاعر و هوامات قوية كثيراً أو قليلاً على شخص المريض و أقواله ونقله. وبالطبع فإن النقل المعاكس بحد ذاته ليس وسيلة تشخيص ذات قيمة، وإنما بداية النقل المعاكس المؤثر و والمتشكل في الوقت الراهن والمستنير إلى حد ما هو الذي يعطي المحلل ضمن ظروف معينة دلائل على تشكيلات الهوامات غير المجعولة حتى الآن شعورية عند مريضه. إلا أنه دائماً هناك خطر أن يتحالف المحلل مع دفاع ومقاومة مريضه و ينشط معه وينجم عن هذا الفعل إشباع النقل (على سبيل المثال "نحن متفقان بألا ننتقد والدينا، وإنما من الأفضل أن نكون مطيعين ومؤدبين، ولكن مقابل أن يتم تقبلنا من أنانا الأعلى"، أو "لن أتطرق لحسدك عندئذ أوفر علي وعليك الكثير من الغضب والخيبة"، أو "نحن نتحدث مع بعضنا متوترين من أجل ألا نحتاج لنجعل رغباتنا الشهوانية المثلية التي نخاف منها شعورية"... الخ). حيادية المحلل في خطر، ليس فيما قد يرى المرء مبسطاً لأسباب القابلية للإغواء الشهواني لوحدها و إنما لأسباب أخرى ليست أقل أهمية.

وكم يغري لعب دور المواسي؛ وكم هو لطيف بالنسبة لمشاعر تقدير الذات، أخذ وظيفة أحد الوالدين المتفهم دائماً؛ وكم هو مفيد و حسن استبعاد النزوعات الجنسية والعدوانية من الحوار ؛ كم هو أفضل "وأحب" لكليهما عدم الحديث حول علاقاتهما الشخصية ... الخ. هناك الكثير من الأسباب من التورط في النقل المعاكس و التخلي عن التحليل. ولكن بالطبع فإن المريض سيظل لفترة طويلة شاكراً ومرتاحاً بأن تظل مقاوماته غير ممسوسة و بأنه بشكل خاص بين الحين الآخر يفهم كيف يحرف المحلل عن واجبه الأساسي. وعندما قال فرويد حول المريض بأنه يمتلك ميلاً عصابياً، بدلاً من أن يتذكر و أن يتحدث عن ذكرياته في التداعي، يفضل أن يفعل هذه في النقل، وهكذا يمكن طبقاً لذلك أن يقال من المحلل بأنه غالباً بدلاً من التعاطف التحليلي و التدخلات التي تقوم على ذلك من الأفضل أن تنشط طموحات لا شعورية ذاتية مشحونة بالنقل المعاكس. وليس من النادر للمرضى ألا يدعموا هذا الاتجاه؛ إنهم يحتاجون قدراتهم

التعاطفية والحدسية من أجل الإحساس بعلامات الصراعات العصابية في محللهم. إنهم يلاحظون عاجلا أم آجلاً في المواقع يستطيعون فيها امتلاك المحلل، وأين يصبح مكابراً، موجهاً تربوياً و مشجعاً، مواسياً ومغطياً، متسائلاً بفضول و كثير غيرها. ويصل التحليل للسكون، ولكن المريض يحصل على **إشباع نقل**، إذ أنهم قد نجحوا في الحصول على استجابة مناسبة لحاجاتهم العصابية، المألوفة لهم منذ زمن باكر و ظلت دفاعاتهم ومقاومة نقلهم غير ممسوسة (مع العلم أن النتيجة ستكون على المدى البعيد غير مرضية).

- **عصاب النقل المعاكس**

تم وصف هذا التصور لأول مرة بشكل مفصل من راكر (Racker,1953) بشكل خاص. وعصاب النقل المعاكس هو عصاب نقل المحلل، إذ أنه ينبغي الانطلاق من الموضوع التالي:

"وكما تتأرجح شخصية المريض في علاقته بالمحلل: جزؤه العصابي وجزؤه السليم، الحاضر والماضي، الواقع وعالم الخيال، كذلك تتأرجح شخصية المحلل كلها في علاقته بالمريض، ... . وحتى المحلل ليس حراً من العصاب... . جزء من صراعه يظل غير محلول و يسعى نحو حل من خلال العلاقات بالمواضيع الخارجية. وحتى المهنة وما يرتبط بذلك من مركز اجتماعي واقتصادي هي عبارة عن أوضاع داخلية مركزية منقولة. وأخيراً يتم نقل العلاقة المباشرة بالمريض ذلك أن اختيار مهنة المحلل النفسي –مثلها مثل أي اختيار آخر–تنطلق من علاقات الموضوع في الطفولة (Racker, 1953,P. 123\126).

وقد أشار راكر أنه على الرغم من أن كل محلل "يعرف" أن يميل إلى النقل العصابي على المريض إلا أنه يمتلك مقاومته بالضبط مثل المريض ضد الجعل الشعوري للذات و بشكل خاص ضد المعالجة والتغلب على نقله. النقل العصابي الذي وصفه بشكل أساسي راكر هو بالدرجة الأولى تشكيلة اوديبية. وبشكل مبسط فقد انطلق راكر من أن كل مريض يمكن أن يجسد بالنسبة للمحلل الأب، وكل مريضة يمكن أن تجسد الأم.

♦ وهكذا يمكن لمحلل ذكر أن ينطلق تجاه vis-à-vis مريضة في رغباته اللاشعورية بأنه على المريضة أن تعشق فيه عضوه. و يمكن أن تكون نتيجة ذلك أن يتم كبت النقل السلبى، وأن تدفع المريضة بشكل لاشعوري إلى عدم إقامة أية علاقة حب جديدة خارج النقل أو عدم تركها تشفى. السلوك المستثار للمريضة من نحو على سبيل المثال التبديل المتكرر للعلاقات الغرامية، من أجل الانتقام من الأب-المحلل الصاد، يمكن أن يوقظ الانتقام و مشاعر الكره في المحلل لأنه عاش هذا بشكل لاشعوري وكأنه متجددة من الإبعاد من المشهد الأساسى لوالديه. و هذا يمكن أن يتجلى على سبيل المثال على شكل انسحاب أو نقص الاهتمام و الالتزام بمريضته، و هو ما تستجيب له من ناحيتها بمقاومة ضد الوعى الشعوري و الإخبار بالنقل. هذا المحلل سوف يقرر أمام نفسه أو في الإشراف الذاتي بان مريضته موجودة في النقل منذ الأزل، بل ربما تهدد بالتوقف دون أن يدري لماذا.

تشكيلة أخرى توجد على سبيل المثال عندما ينصح المحلل مريضته المتزوجة بشكل من الأشكال بخيانة زوجها مع صديقه، و تفرغ عدوانيتها الأوديبية تجاه الأب-الزوج أو بناء على التكوين العكسى يمكن ألا يمس بخوف الهوامات المطابقة لمريضته أو حتى يحاول أن يقمعها لديها.

تجاه مريض ذكر يمكن للمحلل الذكر كذلك أن يشعر بالرغبة بأن يكون محبوباً منه، وهو ما يتجلى في تعاونه. فإذا لم يتعاون المريض بالمقابل بشكل جيد لا يتم إشباع الاستثارات الشهوانية المثلية السلبية والإيجابية للمحلل، ويبدأ بكره مريضه الأب لأن هذا يستسلم لأمه و يشبع ذاته جنسياً معها.

وبالطبع يمكن لكثير من المحتويات الأخرى لعصاب النقل أن تظهر عند المحلل

وتقود في نوع من التحالف العصابي neurotically Collusion **أو "تآمر سري" (Langs,1987) أيضاً إلى منع الصراعات الجوهرية للمريض من أن تصبح موضوعاً للحديث. وفي الحاضر فإن التشكيلات التالية غالبة الملاحظة: يصنف المريض على أنه مضطرب نرجسياً باكراً، كشخص عاش عجز شديد في الاهتمام الطفولي الباكر.** العواقب العلاجية التقنية هي تأثير مستمر مشحون بالحب، حيث يكون المحلل متماهياً بشكل منسجم بشكل غالب مع خبرة الذات عند مريضه. ومن الخوف من عدوانيات المنافسة Rivality Aggressionومن الحسد الأوديبي عند المريض، ولكن أيضاً بسبب إسقاط أجزاء الاضطراب المبكرة الخاصة على المريض يتم تحويل المريض إلى رضيع مضطرب باكراً و إسكاته بالتدليل المشحون بالحب. وبالطبع يحدث الحال المعاكس أيضاً، بأن المحلل يمس بتفضيل الصراعات الأوديبية من أجل إبقاء الانفعالات الاكتئابية و الجشع والحسد الطفوليين و اليأس و الاستسلام بعيدة عن خبرته.

وبين المحللة الأنثى و النساء المتحررات بشكل واضح يمكن أن يحدث "تحالف أنثوي"، قامت راينئكه (1987) Reinecke بوصفه. فأولئك المريضات غاباً ما يكن نساء عصريات و متحررات ويلجأن بسبب الخوف من الميول المحتقرة للمرأة عند المحللين النفسيين الذكور إلى امرأة، يقدسنها idealization بسرعة كبيرة و لكن بطريقة جامدة جداً، ويريدن مشاركتها في "توهجها". في العلاقة بالمحللة يمتلكن الرغبة اللاشعورية بإعادة شيء ما، غالباً ما يعرفنه من علاقتهن بأمهن: "الإنكار المشترك لمشاعر فقدان القيمة الذاتية العميقة بنوع من التحالف الأنثوي، الذي يبدو أنه لا يحتاج إلى رجال " (Reinke,1987, P. 210). و تجد الباحثة في هذا إنكار الرغبة بأب أوديبي و صد الرغبات السلبية passive. قد يكمن عصاب النقل المعاكس للمحللة في تحمل هذا التحالف و عدم التمكن في أسوأ الحالات في أثناء مدة العلاج ككل من التعبير عنه (إظهاره) و حله (جدول 10).

جدول (10): التعامل مع النقل		
نموذج صراع الدافع	نموذج القصور النهائي	نموذج صراع العلاقة
مقاومة، إدراك وخبرة مشاعر وهوامات النقل المعاكس المنسجمة و\أوالمتكاملة التي تستثير النقل عند المريض في المحلل. ويمكن لهذه المقاومة أن تكون مرتبطة بالبقع العمياء و الصراعات اللاشعورية و يمكن إزالتها من خلال إظهارها.	المقاومة تقمص متاعب، ومخاوف و حيرة المريض، ولكن أيضاً هواماته الكبيرة و التصورات المبالغة من المريض نفسه عن ذاته وعن حياته المستقبلية، وتقمص التقديس (المبالغ بها) للناس الآخرين. المقاومة، وضع النفس تحت تصرف المريض كموضوع ذات والإعجاب والاعتراف وتقديسه بشكل مفرط. المقاومة إرادة رعاية الحاجات النهائية المكفوفة.	التأثيرات التي يمتلكها الشخص نفسه، نمط الشخصية، التفضيلات النظرية والهوامات اللاشعورية المصبوغة بالصراعات الذاتية للمحلل على مريض محدد، لا يتم إدراكها و إظهارها. لا يتم التعرف على ما هو الدور الداخل فيه الشخص دائماً بناء على الجدل اللاشعوري للدور. ومن خلال ذلك يغيب بعد للقرار لحوار تحليلي نفساني موفق، الذي يفترض أن يدور فيه الأمر حول الفهم و التواصل والتفاعل المصبوغين لا شعوريا – للمساومة اللاشعورية على الدور–

الجلسة التحليلية النفسية الأولى

يروي مريض يعاني من اضطرابات عمل شديدة وصعوبات جنسية لمحلله في الجلسة الأولى مشكلاته و خبراته الحياتية، ليصل وبشكل عارض في نهاية الجلسة الأولى، بأنه قد بدأ الجلسة مع المعالج وهو ما زال في غرفة الانتظار، بأن تخيل حلماً نهارياً يحلمه مراراً بأنه قد دخل مغارة ليصل في أسفلها إلى نبع ما يرتوي فيه. "غريب" يفكر المعالج بينه وبين نفسه، "ففي أماكن متعددة من الجلسة كنت أضن أن المريض يستبعدني من مشاعر مهمة، على الرغم من أنه قد حاول إيقاظ الانطباع بالاستعداد للكلام، وها هو في نهاية الجلسة يخبر بشكل جانبي على ما يبدو بأنه قد بدأ الجلسة مع نفسه قبل أن تبدأ بالفعل. فهل ينبغي في هذه الملاحظة التي تبدو لا قيمة لها، بالاشتراك مع الشعور الواضح بالاستبعاد الذي شعرت، أن يكمن مفتاحا مهماً للفهم معاناة الرجل؟".

هناك محللون نفسيون لا يريدون الرضا بمثل هذا النوع من الانطباعات المشهدية ويسعون بما يشبه الاستقصاء الطبي النفسي إلى جانب تحديد الأعراض و خبرة المرض و شروط العلاج، القصور البنيوي للأنا، ومستوى تنظيم الشخصية وسلوك العلاقات المختل وظيفياً إلى الحصول على سيرة حياتية كاملة تقريباً من منظور علم نفس أعماقي. مهنة ومركز الوالدين، ووجود الجدين و أشخاص مرجعيين آخرين في أثناء التنشئة الاجتماعية الأولى، والاضطرابات النفسية السابقة في أسر الوالدين وظروف الولادة ومضاعفاتها، وترتيب الطفل بين الأخوة ووقت الفطام وصرامة التربية على النظافة، والدخول إلى المستشفى وانفصال الوالدين والحضانة والدخول في المدرسة والإنجاز المدرسي، والملفتات للنظر في التنشئة الاجتماعية المدرسية والانفصال عن منزل الأسرة والصداقات بالجنس نفسه وبالجنس الآخر و الالتزام (الانخراط engagement) الاجتماعي والهوايات و اختيار المهنة وظروف الزواج والعلاقة بالأولاد و أسئلة كثيرة تهدف إلى إعطاء صورة متكاملة قدر الإمكان حول البناءات والتشكيلات الديناميكية النفسية المذكورة. وبالطبع فإن المحللين النفسيين أيضاً الذين يسترشدون بالانطباعات المشهدية و يوجهون جل اهتمامهم بالصور والاستظرافات التي استثارها فيهم المريض،

والمهتمون بالانطباعات والاستنتاجات التشخيصية و البيوغرافية، الضرورية أيضاً من أجل كتابة فاتورة صندوق التأمين. إلا أنه أقوى من هؤلاء الذين يميلون للإجرائية والموضوعية ، هم أولئك الذين ينتبهون بشكل خاص لانطباعاتهم المشهديةscenic.

الأبعاد المعرفية للمقابلة الأولى

على الرغم من أن المقابلة التحليلية النفسية الأولى لا تمثل بحثاً موضوعياً للمنشأ والتطور التاريخ حياتي، الذي يريد أن يستنتج أبعاد التسبيب القابلة للتعميم للأمراض النفسية، وعلى الرغم من أنه بالدرجة الأولى لا يريد أيضاً الحصول على معلومات موضوعية حول الأعراض وتاريخها، إلا أنه لا يمكن الاستغناء عما يسمى **بالمعلومات الموضوعية** بالنسبة للمقابلة التحليلية النفسية الأولى. إلا أن الأهم من ذلك ما يسمى **بالمعلومات الذاتية أو الشخصية Subjective Information**، -ما هي الأهمية الذاتية التي يعطيها مريض ما على سبيل المثال لموت والده؛ أيروي ذلك وهو ممسوس بالأمر بصورة واضحة أم يرويه وكأن الأمر لا يعنيه؟- و **المعلومات المشهدية scenically Information**، التي يتم الحصول عليها بمساعدة إدراك حدث العلاقة الشعوري واللاشعوري. وهذه المعلومات المشهدية تسترشد بالأسئلة الموجهة التالية:

- -كيف يصور المريض نفسه في علاقاته؟

كيف يؤثر هذا التفهم على أنا عندما أقارن المريض مع انطباعى؟

وعليه يصف مريض نفسه على سبيل المثال بأنه رائع و دافئ في علاقاته البين إنسانية و يشكو في النهاية من أن هذه السمة لا تلقى من الناس الآخرين أي تقدير؛ بالمقابل فقد تولد

الانطباع لدى المحلل بأن الأمر يتعلق لدى هذا المريض بإنسان متمركز حول الذات أكثر من إنسان يشع بالدفء.

- ما المشاعر و الصور والخواطر التى يستثيرها المريض في داخلى؟
- ما هى التوقعات التى تنطلق بشكل خفى من هذا المريض؟
- كيف أستجيب لهذه التوقعات؟

يصف مريض نفسه كضحية لمديره غير الحساس و الجهات الرسمية السادية و الأقارب الطماعين. وفي أثناء طرحه المثال وراء الآخر، حول إلحاق الأذى به شعر المحلل بشدة مطردة كيف ينطلق من هذا المريض ضغط توقع، بأن يحصل على الكثير جداً من المساعدة و بسرعة كبيرة. إلا أن هذه التوقعات لم تستثر الإعجاب و المتعة وإنما أقرب الغضب المتنامى، بالتخلص من هذا المريض الطماع والمتطلب بأسرع وقت ممكن.

- ما هى التوقعات التى أمتلكها من هذا المريض؟
- كيف يستجيب المريض على توقعاتي المكتومة؟.

توقظ مريضة جذابة تشكو من الزواج الفاشل بزوج غائب غالباً بسبب رحلات العمل، في المعالج رغبة عارمة والكثير من التفهم والاهتمام لهذه المرأة. وعندما يفكر في هذا فيما إذا كان هذا بالتحديد لدى هذه المرأة يبدو مهماً له إلى هذه الدرجة لأنه يعتبرها جذابة و يريد أن يحظى بالاعتراف منها بأنه الرجل الأفضل، فسيتمكن من أن يتعرف كيف على المرأة أن تقاطع باستمرار محاولاته في أن يفهمها بشكل جيد، وذلك بأن تبدأ بالتباعد عما قيل قبل ذلك و تقحم في وصفها "غير أني لا أعرف، فيما إذا كان هذا هكذا بالفعل". فهل أدركت بشكل لا شعوري بأن معالجها يرغب بالحصول على إشباع لحاجاته الخاصة و تستيجب بشكل خاص بشكل حساس على ذلك؟ أم أنه عليها أن تحمى نفسها من القرب الشهواني القائم بينهما؟ ♦

عادة ما لا يصعب على المحلل النفسي الخبير، ربط المعلومات المشهدية في الجلسة

الأولى، التي تنبثق غالباً بناء على الانطباعات الحسية الأولى والتعابير الجسدية عند الدخول إلى الغرفة وفي أولى جمل المريض، مع المعلومات الموضوعية و الذاتية، والوصول أحياناً حتى بعد دقائق عدة إلى الفرضية الأولى حول الخلفية السيكوديناميةية اللاشعورية. ومن البديهي أن هذه الانطباعات التجريبية الأولى تحتاج إلى تأكيد لاحق و لابد أن تظل معلقة طبقاً لتصور اتجاه معرفي مفتوح من أجل إفساح المجال في أي وقت لبناء فرضيات بديلة.

- ملخص: مرة أخرى أساسيات الجلسة الأولى التحليل نفسية (جدول 11).

- الاستغناء بعيد المدى عن الطرق الموضوعية: ليس بالضرورة أن يتم تحديد ما يسمى "بأحداث الحياة" بشكل موضوعى لأنها لا تمثل سبباً نشوئياً للأمراض العصابية، إلا أنها يمكن أن تمثل نقاط ربط مهمة لعمل الهوام اللاشعوري.
- إلى جانب أخذ المعلومات الموضوعية التركيز على الواقع النفسى للمريض و على الكيفية التى خبر فيها هذا الأحداث المختلفة لحياته ذاتياً.
- إعطاء مساحة كبيرة قدر الإمكان للتشكيل الفاعل اللاشعوري للجلسة الأولى من خلال التخلى عن الأسئلة و تصميمها بصورة أخرى، من نحو بالنظر إلى اختيار المواضيع و التسلسل الذي يعرض فيه المريض مواضيع محددة على سبيل المثال.
- التركيز على الانطباعات المشهدية المنبعثة من المريض و التى تعطى المحلل استخلاصات حول سمات واتجاهات الشخصية الراهنة للمريض، المسؤولة عن استمرارية الصعوبات الراهنة.

- الإدراك الشعوري للمقدار الذي يكون فيه المحلل بوصفه مراقب مشارك دائماً مصمم نزوعي tendency"للبيانات". •

جدول (11): التعامل مع النقل

نموذج صراع الدافع	نموذج القصور النمائي	نموذج صراع العلاقة
تشخيص سيكوديناميكية صراعات-الدافع-الدفاع و الطلائع المنبثقة عن ذلك (من نحو الهوامات الضخمة وهوامات الانتقام و الإغواء) في اتجاه أقرب للاسترشاد بعلم النفس الفردي (one-body-Psychology)؛ تشخيص نقل المريض،	**التشخيص لقصور لاضطرابات و بنى الأنا من خلال مقاييس تشخيص ذات توجه علم نفس نمائي و مقاييس تقدير معيرة من خلال دليل التشخيص السيكودينامي المصمم إجرائياً؛ تشخيص نقل موضوع الذات وفق مبدأ: "في أي مناطق و بأي مدى يحتاجني المريض للبناء ولتدعيم تنظيمه لذاته؟"**	**إظهار و تشخيص ما يستثيره المريض في المحلل من هوامات ذاتية و صراعات، و كيف يستجيب هذا داخلياً، وفق مبدأ: "هل سأتمكن من الاستجابة لمطالب دور المريض بشكل كاف وجيد – بناء على صراعاتي الخاصة-"؟. كيف تؤثر هواماتي الخاصة وميول تصرفي وحاجاتي الدافعية التي أصبحت خبيثة على التواصلات والتفاعلات**

وفق مبدأ: "إلى أي مدى يدركني المريض مشوهاً و ما علاقة هذه الإدراكات مع أجزاء ذاته (إسقاط) و أشخاص علاقاته الباكرين و خبراته؟".	في أي أماكن وكم مرة على المريض أن يشعر بالاعتراف و الفهم أو إعطاءه الفرصة للإعجاب المقدس من المحلل؟.	الجارية بداية بشكل لاشعوري لمسافة بعيدة مع هذا المريض، بغض النظر عن المفتاح التشخيصي الذي يحصل عليه على محور الأنا أو في الدي أس أم -DSM

عوامل التأثير التحليل نفسية

ما هي عوامل التأثير بالنظر إلى التغيير المرجو التي يمتلكها المحلل النفسي؟ ما هي عمليات التأثير و التعلم التي تجري في المريض التي تقود لديه إلى التعديل؟

هل تحصل التعديلات في التحليل النفسي من خلال حصول المريض على **الاستبصار** في صراعاته التي كانت حتى الآن لا شعورية، بأن يتضح له على سبيل المثال كيف قاد هو نفسه الأشخاص المحيطون به للتعامل بطريقة معينة أو أنه دائماً يصطدم بأناس متشابهين يمكنه معهم إخراج صراعاته، في حين أنه تجنب الآخرين؟ أم أن هذا التعبير الموجه بالاستبطان عن الذات يرجع بشكل أقرب **للخبرة المباشرة** لشخص المعالج الذي يبغي الخير، وغير المقيم و المتقبل للمشاعر و المتحمل للألم و الغضب والهم؟ أم هي الخبرات مع هيئة والد رمزية جديدة ومساعدة ومتعاطفة عابرة للحدود، تقود **للتماهي** مع أنماط السلوك هذه و الاتجاهات و نوعية المشاعر؟ أم أن هذه الأسئلة خطأ من أساسها، لأن العلاقة (بما في ذلك التماهي) و التفسير لا يستثنيان بعضهما و إنما يترافقان دائماً معاً، مع العلم أن التفسير يمكن أن يمثل مرة المقدمة و مركبات العلاقة تمثل بشكل غير ملفت للنظر الخلفية ومرة أخرى تزحف العلاقة للمقدمة؟

و: هل علينا أن ننظر للمبدأ البين نفسي المتداول المتمثل في أن التعديل يحدث من

تلقاء نفسه في المريض بالنظر إلى الرؤيا التفاعلية على أنه قديم؟ ألا يتعلق الأمر أكثر بأن على كليهما-المحلل والمريض- أن يتعلما المساومة على حاجات العلاقة في هنا والآن عبر كل مقاومات النقل والنقل المعاكس، حيث أنه على المحلل أن يكون متقدماً على قوة خبراته.

بين الحين والآخر يسجل النقاد أن التحليل النفسي يحدث فيه استبصار عقلي يظل من دون نتائج بالنسبة للتغلب على الصراع والمشكلة الفعليين. وبغض النظر عن أن الاستبصار بالمعنى التحليلي النفساني يعني تكوين خبرة مترافقة معه الكثير من المشاعر قدر الإمكان، والتحليل النفسي يرى في العقلنة intellectualize المنعزلة عن المشاعر تشكيل دفاعي يفترض التغلب عليه -لهذا أيضاً التأكيد على تفسيرات النقل في هنا والآن-، فإن المقارنة بين التفسير والعلاقة أو بين الاستبصار والتغلب على المشكلة من المنظور التحليلي النفساني خطأ منذ البداية.

فحتى منذ خمسينيات و ستينيات القرن العشرين أزيحت نقاط الثقل من الدور التفسيري للمحلل إلى الاهتمام بتفاعل-المريض-المعالج. فميلاني كلاين (1952) على سبيل المثال رأت في علاقة-الطفل-الأم جوهر كل نقل و غيتيلسون (Gitelson, 1962) و شبيتس (Spitz,1965) و آخرين أشاروا إلى مدى أهمية الاتجاه الأمومي الحاث للنمو تجاه المريض.

إلا أنه لم يتضح إلا لاحقاً أنه من الخطأ الجسيم الاعتقاد أن عوامل العلاقة "الأمومية" و التفسير ليس لهما علاقة ببعضهما. إن الأسلوب الذي يتدخل فيه المحلل وما يفسره في لحظة معينة تعبر عن مشاعره و تعاطفه و براعته التحليلية وإظهاره لنقله المعاكس. التفسيرات لا تعطي المريض الاستبصار في العمليات الشعورية واللاشعورية فحسب وإنما تقربه من الكيفية التي يمكن فيها للمحلل أن يتعامل مع رغبات وتوقعات النقل.

استخدام المحلل النفسي كعامل تأثير

لقد ظهر أنه من المفيد تحليل حادث التأثير المعقد إلى مركبات مختلفة، ولكن من دون التخلي عن أن الحوادث بالتحديد في الفهم التحليلي النفساني في المحلل و تلك التي في المريض مرتبطة ببعضها بشكل وثيق فحادث التعديل التحليلي النفساني هو عبارة عن عملية تعلم تفاعلية يحتل فيه التعامل مع علاقة النقل والنقل المعاكس أهمية كبرى. والانطلاق من أن المريض وحده هو الذي عليه أن يتعلم بأنه هو وحده الذي عليه أن يتغير، أمر غير منصف بالنسبة لفلسفة العلاج في التحليل النفسي.

فمن جانب المحلل تحدث الحوادث التحليلية التالية:

- التعرف على النقل المعاكس و التعامل معه،
- القدرة على الإصغاء،
- التعاطف،
- المشاركة Holding
- الاحتواء Containing
- تفسيرات النقل،
- التفسيرات النشوئية، إعادة التصميم و تفسير النقل الخارجي.

خلافات راهنة

أكد علماء نفس الذات self-psychologists دائماً بأن التعامل التفسيري العلم نفس ذاتي مع النقل والسماح بالنشوء لعصاب النقل و معالجة وحل النقل أو عصاب النقل لا يختلف عن الإجراء التحليلي النفساني المعروف، بغض النظر عن أن النقل هو نقل موضوع الذات. وقد كانت هذه بالتأكيد ردة فعل على التهمه المتمثلة في أن علم نفس الذات قد تطور إلى شكل علاجي تعويضي reparative و داعم، اعتبر لفترة طويلة في التحليل النفسي على أنه مستنكر، لأنه لا يقود إلى تغيرات بنيوية حقيقية. غير أن أهم

إجراء للمحلل بالنسبة لكوهوت Kohut يتكون في المراقبة المستمرة لعلاقة-موضوع الذات-الذات self-self-object-Relationship بين المريض ومحلله ومن ثم أقل في التعامل التفسيري مع نقل موضوع الذات. ينبغي أن يتم فهم وتقبل حاجات- موضوع الذات القديم archaic؛ ومن ذلك أيضاً آليات الدفاع التي يوجهها المرضى المعتزون الخجولون و الخوافون من العلاقة ضد ظهور حاجات-موضوع الذات.

وفي سياق العملية التحليلية يتمثل المريض بخطوات صغيرة -من خلال ما يسمى بالتمثل المتحول- وظائف المحلل (على سبيل المثال الإحساس بنفسه، و فهمه وتقبلها و إظهارها و تهدئتها وتحريرها من الوهم disillusionوموازنتها ودمجها وتوليفها وأمور أخرى أكثر) و يحقق ارتباطات-موضوع الذات المنمي للانسجام الخبرة الانفعالية التصحيحية التي هي جوهر حادث الشفاء من وجهة النظر العلم نفس ذاتية. فإذا ما سادت في بدايات علم نفس الذات الرؤية المتمثلة في أن: "مبدأ الإحباط الأمثل" هو الذي يحقق المستثير للتمثل، فقد سادت في الوقت الراهن بشكل مطرد الرؤية المتمثلة في أن **الخبرة المتكررة للصدى الأمثل** من جانب المحلل يقود إلى تمثل هذه الخبرة البين إنسانية. و قطع هذا الصدى أمر لا يمكن تجنبه على كل حال و لا يفترض أن يتم استحداثه بشكل هادف، إذ أنه لا يوجد ولا أي محلل قادر على أن يكون دائماً متجاوباً بشكل أمثل بحيث أنه لا تظهر بين الحين والآخر انكسارات مخيبة و سوء فهم في العلاقة. و لكن مساعيه المتجددة باستمرار نحو فهم مريضه بانتباه متعاطف واستبطانات بالنيابة، و التعبير عن خطوات الفهم هذه تعاش من المريض على أنها توفر وظائف موضوع الذات. إن الإحساس بالمريض يعيشه المريض وكأنه عملية إضفاء المعنى، الذي تقوم به أم مع طفلها عندما تفسر له بلا انقطاع العالم الداخلي والخارجي و تسميه. ويسهم تنظيم المعرفة الذي ينشأ بهذه الطريقة لدى الطفل (معرفة دلالية semanticallyوإجرائية يتم ربطها بالبنى العَرَضية episodic إذ أن اكتساب المعرفة ينشأ بشكل خاص في بداية الحياة بشكل غالب على أساس التفاعل مع الأم المشحونة بالحب، تفسر للطفل العالم- وبالطبع فإن الآباء غير مستثنون من ذلك)، بمشاعر الكفاءة لطفلها و من ثم أيضاً

للمريض المستقبلي.

وقد انتقد المحللون النفسيون في المدخل التعاطفي لعلم نفس الذات، أنه هنا يتم إعادة صياغة paraphrase تعابير المريض الشعورية (وهذا المطلب يشترك فيه علم نفس الذات مع العلاج النفساني المتمركز حول المتعالج) وإنه يتم التخلي عن المطلب التحليلي النفساني الفعلي، في فك شيفرة اللاشعور. إلا أنه في هذا الاعتراض يتم تجاهل بأن الإحساس المستمر في المريض يحث مع الزمن إعادة ظهور الحاجات النمائية المصدودة و حالات الشعور القديمة [البدائية] و مشاعر الارتباط و الميل الطفولية. ففي خبرة بين ذاتية inter subjectiveللأمان و الإحساس بالفهم يمكن عندئذ أيضاً للحالات الانفعالية المنكرة أو التي تم إنكارها أن تصبح شعورية ثانية. وعلى عكس علم نفس الدافع التقليدي بخطره الضمني في التفسير المتسرع (والفصامي) للاشعوري، الذي يمكن أن يقود إلى إضعاف لاحق لمشاعر الذات، يتيح التعاطف المستخدم بشكل مقبول الظهور التدريجي لحالات الخبرة اللاشعورية.

وعليه يمكن أن يتم علاج المرضى الصعبون المضطربون باكراً بشكل ناجح بالعلاج النفساني التحليلي، إذا ما تمكن المحلل من التكيف على المستويات المختلفة لخبرات العلاقة المتجددة في كل مرة أو المطلوبة بشكل مهني و حساس. الإصغاء التعاطفي عبر فترات طويلة من التحليل (بدون تفسير اللاشعوري) ، و التهدئة والتشجيع و نزع الوهم التدريجي الأمثل ("لقد تصورت أنك قادر على إنجاز المهمة برفع الأصبع، و ها أنت تشعر بمرارة أنه لابد من القيام بخطوات كثيرة صغيرة")، وربط و توحيد أهداف التصرف المتعارضة و المتناقضة وأمور أخرى كثيرة يمكن أن تمثل مثل هذا النوع من التدخلات، التي تنطلق جميعها من فهم تحليلي لمستوى النمو المعني و علاقة النقل و النقل المعاكس.

بالإضافة إلى ذلك وبالنسبة لناقد للرؤية العلم نفس ذاتية فإن نقل موضوع الذات و معالجتها مازال غير كاف كلية لعملية شفاء. فعلى الرغم من أن وظائف المشاركة Holding والاحتواء و الصدى تحقق الشرط الكافي لأن تصبح التفسيرات اللفظية

للاشعور متيسرة عموماً، من دون أن يشعر المريض بأنه قد اعتدي عليه و أنه مغلوب على أمره و أنه قد عومل بظلم أو باستحواذ. ولكن من دون التفسير للمظاهر اللاشعورية للخبرة والسلوك ("أيمكن أن تكون حاجاتك القوية للاعتراف هي التي تجعل زملاءك يستاؤون منك؟") فإنه قلما يمكن الانطلاق من عملية تنوير و شفاء بالمعنى التحليلي النفساني . وطبقاً لذلك فإن نمو و تقوية الذات لا يكفيان وحدهما. أحياناً يشبه المرضى الذين يعالجون بعلم نفس الذات فقط –وهنا أيضاً مقارنة مع مرضى المبادئ العلاجية الإنسانية– مراهق ذو المظهر القوي و الواعي بذاته، الذي على الرغم من أنه يؤكد نفسه على حساب المحيطين به بدون صعوبات ويعتز بالحفاظ الآمر على الحاجات المهمة بالنسبة له، ويطالب على الأغلب هنا بوضع نرجسي استثنائي لنفسه، إلا أنه يظل في كثير من الوجوه مستتراً ولهذا يعاش من قبل المحيطين به على أنه متمحور حول ذاته و راثياً لذاته.

ويقع الأمر على عاتق القدرة العلاجية في التفريق متى استقر مريض ما في سياق نقل موضوع الذات مع الهوامات و الخبرات التابعة إلى ذلك للانصهار المقدس و الاعتبار والاعتراف بشكل كاف، من أجل أن يتمكن من أن يخطو إلى خبرات علاقة أخرى، أكثر تعقيداً في سياق ثلاثي، و عندئذ يستطيع بشكل خاص تحمل مشاعر القلق والخجل من دون أن ينزلق في هلع أو السقوط في غضب شديد بسبب الخجل. إذ أن العمل في مجال نقل موضوع الذات يتصل في العادة بالخبرة الشعورية للمريض، و بداية تفسير المظاهر اللاشعورية يوسع فهمه لذاته حتى الآن و إنسانيته (جدول 12).

جدول (12) تصورات الهدف		
نموذج صراع الدافع	نموذج القصور النهائي	نموذج صراع العلاقة

نشاطات المحلل: تفسيرات النقل تفسيرات نشوئية إعادة التصميم	نشاطات المحلل: التعاطف التقبل الصدى مبدأ الإجابة المشاركة Holding الاحتواء	نشاطات المحلل: خبرات جديدة للعلاقة إبطال القناعات المرضية القديمة تعطيل الهوامات اللاشعورية
بشكل خاص التعرف و التحسس التأويلي العميق للاشعور وتفسيرات النقل المنبثقة عن ذلك ، ربط الماضي مع الحاضر، منح المريض الشعور معنى تصرفه والاتساق التاريخ حياتي.	بشكل خاص الصدى التعاطفي يمنح المريض الشعور بالارتياح والصلاحية المثل، و هو ما يمكن اعتباره وكأنه لوح قفز لبداية جديدة. يمكن للميول التي كبتت حتى الآن أن يتم التعبير عنها تحت حماية هذا التفهم التعاطفي للمرة الأولى بشكل حذر و أن يتم تجريبها.	بشكل خاص توفير خبرات علاقة جديدة، التي لا تصبح ممكنة إلا على أساس إظهار عمل الدور (الامتناع الإجرائي)، تحقق مخرجاً من فهم الأدوار الجامد في التفاعلات حتى الآن؛ وتتسع ذخيرة تصرف الأدوار بشكل هائل وتصبح خبرات جديدة للكينونة ممكنة.

الحوادث النفسية في المريض	الحوادث النفسية في المريض	الحوادث النفسية في المريض
الاستبصار وعي خبرات الطفولة الصادمة (النموذج البدائي archaeological) التعرف على الهوامات اللاشعورية ومعالجتها. الاعتراف بالحدود الذاتية و حدود الأجيال (تحريم غشيان المحارم) التصالح مع الحسد والغضب و الثأر.	تحرك عمليات النمو التي بقيت عالقة، من نحو على سبيل المثال: تنظيم الذات، القدرة على التعاطف، المسؤولية، تحمل الانفعال تمايز الانفعال تحمل التناقض التمايز الاستعرافي.	حوادث تعلم ضمني Tacit Learning، إعادة تصميم، ؛عادة تقويم، وكذلك حوادث تعلم شعورية و اتخاذ القرارات على سبيل المثال حول: تشكيلات الأدوار القائمة حتى الآن إحداث استجابات أدوار محددة لدى المقابل استجابات للاستجابات المستثارة... الخ

التصورات التحليلية النفسية بالمقارنة

وأخيراً يمكن الإشارة إلى تصورات الأهداف التي حظيت كل منها على أفضلية بناء على الاتجاهات المدرسية التحليلية النفسية.

يأتي المرضى للمعالجين (التحليليين) في العادة من أجل التخلص من أعراضهم،

ومن أجل التمكن من فهم صراعاتهم المتنوعة بشكل أفضل و مواجهتها. في العلاج التحليلي النفساني وبشكل خاص يريد المرضى أن يعرفوا أكثر حول أنفسهم وحول خلفية صراعاتهم الراهنة. إذ أن بعض تصرفاتهم غير مفهومة لهم وغريبة عنهم؛ و إمكانات اختيارهم تبدو محدودة إلى مدى بعيد؛ ويشعرون أنهم مجبرون على تصرفات تسبب لهم الخجل أو تجعلهم غير سعداء. لا يبدو لأعراضهم سبب واضح؛ إذ لم تقد التفسيرات السببية حتى الآن إلى أي تغير في معاناتهم. وبقصد فهم الحدث غير القابل للإدراك في ذاتهم يلجئون إلى المحلل النفسي، يدفعهم في ذلك الأمل بأن سلوكهم الغامض و اللامنطقي يمكن أن يرجع لأمر ما، يمثل السبب الأساسي بما يشبه الأساس لكل اضطراباتهم الراهنة. إلا أن المرضى لا يطمحون إلى التفسير و مواجهة الصراع و النمو فقط، وإنما يرغبون بدرجات مختلفة بأن يبقى كل شيء كما هو؛ عندئذ يرون في محللهم بشكل لا شعوري موضوع دافع يتمكنون بمساعدته من إشباع نزوعاتهم الدافعية المكبوتة ولكن الملحاحة. أو أنهم يبحثون في معالجهم عن شريك يؤكد لهم رؤيتهم العصابية للعالم و يعلقون فيه قناعاتهم العصابية. و على أساس هذه الهوامات لا يحتاجون بشكل أساسي محللهم ليعيشوه مساعداً و متعاوناً؛ بل تلح في ذاتهم كثيراً أو قليلاً هوامات بأن معالجهم –حسب تصوراتهم الخاصة– سيكون إنساناً عملياً يعاقبهم بشدة وسيرتبط بهم للأبد ويستغلهم و يغويهم جنسياً ويفعل معهم أمور أخرى كثيرة . المنطق و الهوامات المشحونة بالدوافع يمكن أن تتصارع مع بعضها طويلاً و من المؤكد أن هذا يبرر بدرجة كبيرة و جود المقاومات. ويتضح مما قيل أعلاه لماذا يحتل البحث عن الحقيقة الأولوية وبشكل خاص في نموذج صراع الدوافع، قبل كل التخفيفات الأعراضية الممكنة، التي غالباً ما ينبغي فهمها على أنها هروب إلى الصحة. و يتضح أيضاً، إذا ما نظرنا للجانب الذي يسعى فيه المريض تحت حشد جميع قواه المنطقية والعقلانية، لماذا يدعم التحليل النفسي هذا الطريق المستقيم للمريض نحو النماء و التطور على الرغم من تأكيداته كلها على صورة دافعية انفعالية للإنسان في الجوهر.

ونأمل أنه على أساس هذا العرض حول أسس العلاج النفساني التحليلي النفساني

أن يكون قد اتضح (جدول 12)، بأن التحليل النفسي لا يمكن حصره بشكل من العلاج "الإنساني" الذي يهتم بالدرجة الأولى "بتحقيق الذات" و "التقدم" Progress، وليس كذلك في مواجهة استعرافية للمشكلة، لأن صورة الإنسان الكامنة خلف هذه الأشكال العلاجية تبدو أحادية الجانب تؤكد على ما يمكن فعله منطقياً.

جدول (13): تصورات الأهداف

نموذج صراع الدافع	نموذج القصور النمائي	نموذج صراع العلاقة
"الحقيقة وحدها تحرر الإنسان" وطبقاً لهذا الدافع يسري تهديم أوهام الذات، إدراك التشابك بين الإيديولوجيات الاجتماعية والعصاب. التخلي عن هوامات الأهمية و القابلية للتنفيذ و الخلود و الانتقام والتدمير و التمكن من الحزن من أجل التحول إلى إنسان متزن و مسؤول إلى حد ما طبقاً للإمكانات الاجتماعية والفردية.	يمكن في عملية التحليل النفسي موازنة القصور في التنشئة الاجتماعية، و مواصلة العمليات النمائية المقطوعة أو الموءودة. و بهذا يمكن تحقيق موارد شخص ما بشكل أمثل، وأن يصبح ما هو دائماً عليه: إنسان مهتم بمحيطه ناشط، أكثر استعداداً للارتباط، متجه نحو تنمية الذات و معايش للخبرات.	الأسر و التقيد في تكليفات أدوار أسرية بقيت لاشعورية، مع العلم أن هذه الأدوار لم تقم على أساس عزو فعلي بل هوامي، ينبغي لها أن تصبح شعورية في أفعال أدوار ناشطة و عمليات مساومة و تعديلها. ويتيح هذا التعديل درجات جديدة من الحرية للسلوك، و المعرفة إلى أي مدى الإنسان مسؤول من جهته عما إذا كان سيكرر تقاليد أدوار مرضية أو أنه يستخدم أشكال علاقات خلاقة مسؤولة.

الفصل الثامن

أساليب العلاج التحليلي النفساني

U. Streeck

"سوف يستيقظ في يوم من الأيام ضمير المجتمع وسوف ينتبه إلى أن الفقير يمتلك الحق في الحصول على المساعدة النفسية مثلها مثل حقه الآن في الحصول على التدخل الجراحي المنقذ للحياة... . . عندئذ سوف يتم تأسيس مصحات أو معاهد يوظف فيها أطباء مؤهلون في التحليل النفسي من أجل جعل الرجال الذين قد يدمنون على المسكرات و النساء المهددات بالانهيار تحت ثقل عزلتهن، والأطفال الذين ينتظرهم إما خيار الإهمال أو العصاب، قادرين على المقاومة و الإنجاز من خلال التحليل. وسوف تكون هذه المعالجات بالمجان. وقد يستغرق الأمر فترة زمنية طويلة إلى أن تشعر الدولة أن هذه الواجبات ضرورية... . عندئذ سوف تقتضي واجباتنا تطويع تقنياتنا وفق الظروف الجديدة... و من المحتمل جداً أننا سوف نكون مضطرين، في الاستخدام الجماهيري لعلاجنا أن نمزج ذهب التحليل الصافي بشكل كاف مع نحاس الإيحاء المباشر، ويمكن للتأثير التنويمي أن يجد مكانه هناك كما هو الحال في معالجة عصابيي الحرب. ولكن مهما سيكون شكل هذا العلاج النفساني بالنسبة للشعب، ومهما كانت العناصر التي يمكن أن تتكون منها، فمن المؤكد أن مكوناتها الأكثر فاعلية و الأهم ستظل تلك المستقاة من التحليل النفسي الصارم غير المنحاز" (Freud,1919,P192ff.) .

واليوم وبعد 100 سنة من كتابة فرويد لهذه الرؤية المستقبلية يوجد طيف واسع من الأساليب العلاجية للأمراض والاضطرابات النفسية والنفسية الجسدية التي تم

اشتقاقها من "التحليل النفسي الصارم و غير المنحاز"، من الأسلوب التحليلي النفساني المعياري. فمقابل العلاج التقليدي تتصف هذه الأساليب بتعديلات بسيطة أو عميقة. و قد انبثقت إلى حد ما أساليب علاجية نفسية مستقلة . كما أصبحت كذلك معارف التحليل النفسي متيسرة للمرضى الذين بسبب نوع مرضهم و بسبب ظروفهم النفسية والاجتماعية و الاستعرافية لا يلائمهم العلاج النفساني التحليلي المعياري.

منهجية أساليب العلاج التحليلي النفساني

يمكن أن يتم تصنيف أساليب العلاج التي تقوم -إلى جانب التحليل النفسي التقليدي- على علم الأمراض وتقنيات العلاج التحليلي النفساني أو المشتقة منها إلى مجموعتين:

- العلاج النفساني التحليلي،
- العلاج النفساني الذي يقوم على أساس علم نفس الأعماق.

والعلاج النفساني للأطفال واليافعين هو أسلوب مستقل معدل وفق شروط النمو الخاصة عند الأطفال واليافعين.

و العلاج النفساني التحليلي و العلاج النفساني القائم على أساس علم نفس الأعماق عبارة عن تسميتان لعدد كبير من الأساليب العلاجية تختلف عن بعضها بالمدة وتكرار الجلسات و نوع الأطر العلاجية و أهداف العلاج و سمات التقنيات العلاجية. وبما أن الفروق ضئيلة فإن الأساليب المختلفة تتشابه فيما بينها في كثير من الوجوه.

ولا يمكن تصنيف أي واحدة من الطرق المذكورة في إحدى المجموعتين بوضوح. فبعض الطرق لم تنبثق مباشرة من التحليل النفسي التقليدي إلا أنها تأخذ المعارف والخبرات التحليلية النفسية بعين الاعتبار، من نحو العلاج الجشطلطي ذو التوجه التحليلي على سبيل المثال، لهذا تم ذكره هنا. وفي أساليب أخرى من نحو في الإرشاد لا

يتم بالضرورة فهم مشكلات المراجعين و الإجراءات المنهجية من وجهات نظر نفسية ديناميكية و تحليلية نفسية؛ لهذا لا يمكننا الحديث عن أساليب ذات توجه تحليلي نفساني إلا إذا كانت هذه الأساليب تسترشد بمعارف ومبادئ التحليل النفسي. (جدول 1).

جدول (1): منظومة الأساليب العلاجية التحليل نفسية و العاملة على أساس تحليلي نفساني
الأساليب المعيارية التحليلي نفساني ة (التحليل النفسي التقليدي) العلاج النفساني التحليلي: العلاج النفساني التحليلي طويل الأمد العلاج النفساني التحليلي قصير الأمد العلاج البؤري التحليلي النفساني العلاج بالمجموعة التحليلي النفساني . العلاج النفساني القائم على أساس علم نفس الأعماق العلاج النفساني الفردي العلاج النفساني قصير الأمد القائم على أساس علم نفس الأعماق العلاج النفساني في المجموعة القائم على أساس علم نفس الأعماق العلاج الزوجي والأسري العلاج النفساني للأطفال واليافعين العلاج النفساني المركزي (الترقيدي) الإرشاد

الأساليب ذات التوجه التحليلي النفساني غير اللفظية
العلاج الجشطلطي
الأساليب العلاجية الجسدية
العلاج بالموسيقى

تاريخ العلاج التحليلي النفساني

في الوقت الذي تعرف فيه سيجموند فرويد في العام 1882 في فينا على طبيب الأعصاب جوزيف بروير كانت الهستيريا تعد في الطب مرض تهدمي للجهاز العصبي. فقد عالج بروير منذ أمد بعيد مريضة كان تشخيصها "الهستيريا". وفي مجرى علاج هذه السيدة الشابة التي انجذب إليها فرويد –في "دراسات في الهستيريا" (Freud,1895) أطلق على المريضة اسم pseudonym آنا Anna. O . – حصل اكتشاف أن أعراضها قد تراجعت باطراد عندما كانت تتمكن من الحديث عن أحداث وخبرات معينة و... "عندما كان يتم التمكن من استثارة ذكريات الحادث المسبب، وبعث الانفعالات المرافقة لذلك أيضاً وعندما يقوم المريض بوصف الحادث بطريقة مفصلة قدر الإمكان و أعطى للانفعالات الكلمة" (Freud 1895, S. 85). تحدثت آنا، . Anna. O. في سياق علاجها عند بروير عن "علاج ناطق talking Cure" وعبرت بهذا عن خبرة أن الكلام أو الحديث كان هو الشافي في العلاج الذي أجراه معها طبيبها . وبعد أن أقام فرويد عند شاركو Charcot في مشفى السالبيتيري في باريسSalpetriere in Paris استخدم في عيادته في فينا **التنويم** في البداية، من أجل استثارة ذكريات الحوادث المسببة لدى مرضاه، التي قادت إلى الاضطرابات العصابية. إلا أنه سرعان ما عرف أنه لا يمكن تنويم كثير من المرضى؛ ولدى آخرين سرعان ما عادت أعراض المرض ثانية، بعد أن استيقظوا من الحالة التنويمية. لهذا تخلى فرويد عن التنويم و استبدلها بأسلوب كان يطرح فيه الأسئلة

على مرضاه من أجل استقصاء ظروف أعراضهم، وكان يدعم إجابات مرضاه، بأن كان يضع يده على جبينهم أو يضع رأسهم بين يديه.

أضع يدي على جبين المرضى أو آخذ رأسهم بين يدي وأقول:، سوف تتذكر الآن تحت ضغط يدي. و في اللحظات التي أتوقف فيها عن الضغط سوف ترى شيئاً ما عن نفسك أو سوف يخطر على بالك شيء ما، وهذا ما عليك التقاطه" (Freud 1905, P. 168).

في التنويم كان الشعور الصاحي مغلقاً؛ كان المريض متروكاً كلية وبشكل سلبي تحت تأثير الطبيب. وفي الأسلوب التنفيسي الذي انتقل إليه فرويد فيما بعد، مارس من خلال الضغط على الجبين كذلك التأثير على المريض بالمعنى الحرفي للكلمة وبشكل فاعل. إلا أن سعيه كان متجهاً إلى جعل التأثير الإيحائي على المريض من خلال الطبيب في أقل درجة ممكنة، من أجل عدم تزوير ذكريات المريض حول الحدث المسبب. لهذا تخلى فرويد لاحقاً عن كل المؤشرات الإيحائية أو التلاعبية. و أخيراً انسحب في أثناء العلاج من مجال الرؤية عند المريض وذلك بأن جعله يستلقي على أريكة في حين كان يجلس هو خارج مجال الرؤية. وطلب من المرضى التركيز على أنفسهم بشدة وقول كل شيء يخطر على بالهم بشكل عفوي مهما بدا لهم ذلك بلا معنى أو مخجلاً أو غير مهم. وعلى الرغم من أنه تجنب بهذا التأثير الفاعل للطبيب على المريض بأكبر مقدار ممكن إلا أنه سرعان ما اكتشف بأن شخص الطبيب ظل يمثل هيئة مهمة بالنسبة للمريض: فالمرضى قد ربطوا الخبرات التي تمتد بعيداً في حياتهم مع شخص الطبيب و أبرزوه وكأنه هيئة ارتبطت معها الخبرات الباكرة المشحونة بالصراع. وهكذا تجدد ماضي المريض في علاقته بالطبيب ثانية. في البداية بدا هذا **النقل** لفرويد معيقاً يصعب تجنبه لعمله التحليلي، لأنه كان يصعِّب على المريض التعبير عن ذكرياته و خواطره بشكل حر ومن دون موانع. ولكنه سرعان ما استنتج بأن النقل لا يعيق العملية العلاجية و إنما على العكس كان شرطاً ضروريا من أجل التمكن من إعادة إحياء صراعات المريض التي كان مرضه في النهاية يعزى إليها في حاضر علاقة الطبيب-المريض وبالتالي حلها.

من خلال التخلي عن التأثير الإيجائي الفاعل تمكن فرويد من اكتشاف ظواهر النقل و الأهمية الانفعالية المهمة للطبيب كهيئة نقل. على الطبيب –هكذا تقول نصيحة فرويد بالنسبة لاتجاه المحلل الآن– الإصغاء لما يقوله المريض من دون انفعالات مثل الجراح أثناء عمله:

"لا يسعني إلا وأن أنصح الزملاء بضرورة اخذ الجراح في أثناء العلاج التحليلي النفساني مثلاً أعلى لهم، الذي يضع كل انفعالاته وحتى معاناته الإنسانية جانباً و يوجه قواه العقلية إلى هدف وحيد: نحو إنجاز العملية وفق الأصول قدر الإمكان" (Freud,1912, P. 380f).

فإذا ما ظهرت وعلى عكس نصائح فرويد في الإجابة على نقل المريض على الرغم من ذلك انفعالات مكثفة لدى الطبيب، بدا هذا **النقل المعاكس** مزعجاً وينبغي كبته بأكبر سرعة ممكنة لصالح موقف الطبيب الخالي من الانفعالات، إلا أنه بدا معيقاً للطبيب في فهم المريض بشكل كاف.

"أصبحنا مهتمين 'بالنقل المعاكس' الذي يظهر لدى الطبيب بتأثير المريض على الإحساس اللاشعوري للطبيب... ومنذ أن بدأ يتمرن عدد أكبر من الناس على التحليل النفسي و يتبادلون خبراتهم لاحظنا أن كل محلل نفسي لا يصل إلى أبعد مما تسمح له عقده الذاتية و مقاوماته الداخلية ومن هنا نطلب بأن يبدأ نشاطه من خلال التحليل الذاتي و يقوم بتعميق هذا في أثناء جمعه خبراته مع مرضاه" (Freud 1910, P. 108).

وكما تحول النقل بالنسبة لفرويد من معيق، يصعِّب على المريض ، ربط الذكريات المشحونة بالصراع بالأحداث المثيرة، إلى طريق لا يمكن الاستغناء عنه لفهم الصراعات اللاشعورية لمرضاه، تغير كذلك الحال في تطور التحليل النفسي وفق فرويد بالنسبة لفهم النقل المعاكس: ففي حين أن الاستجابات الانفعالية للطبيب على نقل المريض تمنع في البداية فهم المريض، أصبح شيئاً فشيئاً واضحاً بأن النقل المعاكس مهم من أجل فهم **العلاقة اللاشعورية** ، القائمة بين المحلل النفسي والمريض بشكل أشمل. و هكذا فإن

نقل المريض على المحلل و النقل المعاكس للمحلل متشابكان مع بعضهما البعض بشكل وثيق.

وبالترافق مع ذلك تغير كذلك فهم الموقف العلاجي في التحليل النفسي: ففي بدايات التحليل النفسي كانت القناعة السائدة بأن المحلل لا يؤثر على العمليات النفسية اللاشعورية للمريض و من ثم فهو يظهر بصورة صافية، بمقدار ما يتصرف بسلبية و امتناع. غير أن هذه الرؤية قد انحرفت بالتدريج نحو **الفهم التفاعلي للعملية العلاجية**. وفي التحليل النفسي الحديث هناك اتفاق بعيد المدى بأن الحدث في الموقف العلاجي لا يتسم بالعمليات النفسية للمريض فحسب وإنما بشكل لا مفر منه بالمحلل النفسي أيضاً. لهذا ومن أجل فهم العمليات النفسية الديناميكية للمريض فإنه من الضروري فهم و دراسة خبرة و سلوك المريض دائماً من منظور الكيفية التي كان قد تصرف بها المحلل النفسي في الموقف العلاجي بالفعل.

وعلى الرغم من أنه تم تطوير هذه العناصر الأساسية للأسلوب المعياري التحليلي النفساني في مجرى السنين إلا أن مبادئه الأساسية ظلت كما هي دون تعديل.

ومن أجل التمكن من فهم أساليب العلاج التحليلي النفساني و الطرق المسترشدة بالتحليل النفسي واستخدامها، نجد أنه لابد من التعرف على السمات الأساسية للأسلوب المعياري.

التحليل النفسي التقليدي

يسعى العلاج النفساني التحليلي، والمسمى أيضاً التحليل النفسي الكبير، إلى الاستقصاء الشامل للشخصية اللاشعورية، وصراعاتها و تمثلها التاريخ حياتي و جعل الأنا الشعورية تحت تصرف المريض. وبهذا فإن أهداف التحليل النفسي التقليدي لا تقتصر على التغلب على الأعراض العصابية و سمات الطبع المرضية المنفردة؛ بل تمتد

لأبعد من هذا إلى تحقيق إعادة بناء الشخصية.

في الموقف التحليلي النفساني يقوم المريض بإخراج[1] produce خبرات العلاقة الباكرة المشحونة بالصراع، التي أصبحت لا شعورية في العلاقة العلاجية الراهنة بالمحلل. ولا تتكون **العملية التحليلية النفسية** من أن المريض لا يتحدث إلا عن نفسه للمحلل وعن خبراته الباكرة والراهنة. فمن خلال دخول المريض والمحلل مع بعضهما في علاقة حية وانفعالية و بالضرورة أيضاً مشحونة بالصراع، فإنهما يتمكنان من الإحساس بآثار الماضي و لاشعور المريض، وكشفه وحله بتفهم. وكلما كانت علاقة المريض بالمحلل مصبوغة بشكل أوضح بخبرات العلاقة الباكرة المشحونة بالصراع، كان أقرب للممكن أن يفهم المريض في مجرى العملية التحليلية كيف تحدد الصراعات النفسية الصادمة التي أصبحت لا شعورية وتمثلات الصراع خبرته الراهنة.

وبهذا يأخذ الواقع النفسي الداخلي للمريض هيئة علاقة بين شخصية خاصة، علاقة النقل والنقل المعاكس. "العصاب الخبيث" للمريض (Freud,1914) يتحول إلى **عصاب نقل**. فإذا ما أمكن حله فإن القوى النفسية التي كانت مرتبطة بالصراعات والأعراض العصابية تصبح تحت تصرف المريض في سبيل طرق أكثر نضجاً و مرونة من النمو ومواجهة الصراع و للتعامل مع واقعه الداخلي والخارجي. وهذا يقود إلى تغيرات نفسية بنيوية و دائمة لشخصية المريض.

في إطار العلاج التقليدي يستلقي المريض مسترخياً قدر الإمكان على أريكة من دون أن تشوش انتباهه المثيرات والإدراكات الخارجية. ويفترض لهذا أن يساعده على تركيز انتباهه و إدراكاته على خبرته النفسية الخاصة. ويطلب من المريض الاسترشاد بما يسمى **القواعد التحليلية النفسية الأساسية**، و التي تقول بأن عليه أن يتحدث عن كل ما يخطر على باله و إدراكاته و أفكاره العفوية ومشاعره وتصوراته وهواماته و حتى إدراكاته

[1] الإخراج هنا بمعنى الإخراج المسرحي أو القصصي

وأفكاره الجسدية دون أية رقابة (ما يسمى **بالتداعي الحر Free Association**).

يأخذ المحلل النفسي من ناحيته وضعية **الانتباه المستمر على نفس المستوى**. و في هذه الوضعية يسعى نحو أخذ كل ما يقوله المريض على نفس الدرجة من الأهمية و التأمل فيه بالمستوى نفسه من التركيز من دون تقويمه ووزنه وتصنيفه منطقياً. وتصبح هذه الوضعية من الانتباه المستمر على المستوى نفسه سهلة على المحلل من خلال انسحابه أثناء العلاج خارج حقل رؤية المريض، بحيث لا ينصرف انتباهه من خلال التأثيرات الملحوظة لسلوك الآخر، كما يحصل في التواصل وجهاً لوجه بشكل لا يمكن تجنبه:

"هذه التقنية بسيطة جداً. إنها ترفض كل وسائل المساعدة، حول الكيفية التي سنصغي بها، حتى الكتابة و هي تتألف ببساطة من عدم الرغبة في التركيز على أي شيء خاص و كل ما يسمعه المرء عليه أن يوليه دائماً ... 'الانتباه نفسه'... فما أن يشحذ المرء انتباهه بشكل مقصود إلى درجة محددة يبدأ أيضاً بالاختيار من المادة المعروضة؛ فيثبت المرء مقطعاً بشكل خاص، ويقصي لهذا مقطع آخر، ويتبع في هذا الاختيار توقعاته أو ميوله. وهذا بالتحديد ما لا يجوز له فعله؛ فإذا ما اتبع في الاختيار توقعاته فسيكون معرضاً لخطر ألا يجد شيئاً آخر غير ما يعرفه سابقاً؛ وإذا ما اتبع ميوله فمن المؤكد أنه سيزور إدركاته بشكل مقصود... . "(Freud 1912, P. 318). و: "عليه استخدام لا شعوره الخاص كعضو استقبال للاشعور المانح للمريض، أن يبرمج نفسه على المريض كما هو مستقبل الهاتف مبرمج القرص" (Freud,1912, P. 381).

مجال المعبر و الشروط والقواعد: من أجل أن يتمكن المريض في العلاج من الحديث حول الخواطر والاستثارات المخيفة، أو التي يعتقد أنها مجنونة أو المخجلة أو الشاذة أو غير المريحة بشكل من الأشكال من دون أن يخشى من العواقب الواقعية فإنه يحتاج إلى إطار ثابت يوحي بالدعم بالنسبة للموقف التحليلي. **والإطار** يحدده المجال العلاجي (غرفة العلاج) الذي يعزل الموقف العلاجي بشكل آمن تجاه تأثيرات الواقع الخارجي ، ولكن الذي تؤخذ به أحاديث المريض على محمل الجد بوصفها حقيقة و لا يتم التعامل معها على أنها مجرد تصورات هوامية. وقد تحدث وينيكوت Winnicott (1987) عن

مجال المعبر وقصد بهذا مجال رمزي للخبرة، يكون ما يحدث فيه و كأنه لعبة و في الوقت نفسه جدية وغير جدية. و كي يستطيع المريض استخدام هذا المجال العلاجي للتحليل فإنه يحتاج إلى جانب علاقة علاجية طيبة كفاية و داعمة إلى ارتباط ثابت أيضاً. ومن ضمنه أوقات معالجة ثابتة؛ فيتم الاتفاق على أوقات الإجازة؛ يقوم المعالج بضمان أنه سيضع كل اهتمامه غير المقيد تحت تصرف المريض، على سبيل المثال أيضاً من خلال أنه في أثناء الجلسة العلاجية لا يقوم بالاتصال الهاتفي؛ ولا يجوز للمعالج أن يرغب بإشباع أية حاجات نفسية خاصة به في المريض ولا يجوز له أن يتعامل في علاقته بالمريض مثل أية علاقة أخرى واقعية؛ فإذا ما جعل مريضه شريك تفاعل "حقيقي" بأن يخبره على سبيل المثال عن خبراته الحياتية الشخصية أو يقوم بتقديم النصح له أو الاقتراحات فسيكون هنا قد تجاوز حدوده ومن ثم يكون قد أضر بالمجال التحليلي .(Trimborn,1994)

يسترشد المحلل بقاعدة **الامتناع Abstinence**. إنه لا يشبع أية رغبات خاصة في مريضه و لا يتبع أية أهداف تربوية خاصة: لابد من إجراء استشفاء (معالجة) في الامتناع: ولا أقصد بهذا الاستغناء الجسدي، وليس عن كل ما يتوق إليه المرء... وإنما أريد أن أحدد المبدأ الأساسي بأنه على المرء أن يترك الحاجات و التطلعات بوصفها قوى دافعة للعمل و التعديل لدى المريض تنشأ و عليه أن يحمي نفسه من الشيء نفسه بإضعافها من خلال الإنابة (أو العِوَضsurrogate) (Freud, 1915; P. 313). إنه يظل مغفلاً بالنسبة للمريض ضمن حدود معينة من دون أن يكون مجبراًا على أن يتصرف في هذا الأمر بشكل صاد أو غير طبيعي أو بشكل مصطنع. بالإضافة إلى ذلك إنه لا يتخذ أي موقف وبالتالي يصون **الحيادية التحليلية**، بأن يتجنب الميل إلى أية جوانب صراع في المريض. و على هذا الطريق يضع نفسه بلا حدود قدر الإمكان تحت تصرف المريض بالنسبة لواقعه النفسي الفردي و مخاوفه وحاجاته ورغباته، التي كان عليه في الماضي أن يفصلها عن خبرته الشعورية.

العلاقة: تنمو بين المريض و المحلل في مجرى التحليل علاقة انفعالية كثيفة. ويظل الاتصال الواقعي خارج الإطار التحليلي، حيث يلتقي المحلل والمريض وجهاً لوجه مع بعضيهما في علاقة محدوداً. وهذا يحدث كي لا يسترشد المريض كثيراً بما قد يتوقعه المحلل. فلو جلس كل من المريض والمحلل وجهاً لوجه فسوف يتم تنظيم علاقتيهما ببعضهما بشكل لا مفر منه من خلال تبادل الإشارات الإيمائية والتعبيرية أيضاً (Krause,1990, Stressck,1994). وستكون عاقبة ذلك بأن يصبح المريض أكثر من ملائم للعملية العلاجية، وسوف يعرف حول اتجاهات و تقويمات و توقعات المحلل. أما عندما يستلقي على الأريكة ويجلس المحلل خارج مجال الرؤية، أي لا يعود يملك الواقع المرئي للمحلل أمام عينيه، سيكون من السهل عليه اكتشاف واقعه الداخلي و تصوراته وهواماته. وعلى أية حال فإنه تحت شروط تنظيم-الأريكة-المقعد -Couch-Seat-Arrangement لا يمكن تجنب أن يعرف المريض بعض الشيء حول كيف هو المحلل-من الطريقة التي يتدخل فيها، على ماذا يتطرق أكثر، إلى ماذا يتطرق أقل، كيف ينجز طقوس الحياة اليومية الصغيرة في التحية والتوديع، كيف صمم غرفة العلاج... الخ. لهذا فإن العلاقة العلاجية تتحدد في جزء منها دائماً في كيف هو المحلل النفسي واقعياً وكيف يتصرف. هذا الجزء الواقعي للعلاقة العلاجية يرتبط بشكل لا يمكن فصله مع خبرات المريض مع العلاقات الباكرة، التي يعيش على خلفيتها علاقته الراهنة بالمحلل و التي ينقلها على علاقته بالمحلل. في النقل يشكل المريض ماضيه في العلاقة العلاجية الراهنة. و النقل هو "جوهر" (Freud) المعالجة التحليلية النفسية؛ ففيه يتم التعرف على جوانب الماضي المشحونة بالصراع التي أصبحت لا شعورية في حاضر علاقة-المريض-المحلل، و فهمها وحلها. وهنا فإن علاقة النقل ليست مجرد إعادة نسخ صافية لخبرات العلاقة المبكرة للمريض، وإنما تعكس سعي المريض في علاقته بالمحلل نحو إعادة إيجاد طرق وإمكانات جديدة، من أجل مواجهة صراعاته غير المحلولة بشكل أفضل (Weiss & Sampson,1986). ومن أجل جعل الصراعات اللاشعورية للمريض، التي يتم تحويلها في العملية العلاجية إلى علاقة المحلل-المريض، شعورية، لا

بد للمحلل بالتعاون مع تحليل نقل المريض أن يتمكن أيضاً من فهم نقله المعاكس أيضاً. عندئذ يمكن أولاً أن نتحدث عن أنه يمكن في العملية العلاجية معالجة **العلاقة اللاشعورية**.

خبرات العلاقة عند المريض التي أصبحت لاشعورية هي غالباً عبارة عن خبرات مشحونة بالصراع أو خبرات صادمة. ومن خلال قيامه بفصل هذه الخبرات عن خبرته الشعورية و عن ذكرياته الشعورية، يحمي المريض نفسه من أن يصبح منها مكروباً و مصروعاً–ولكن مع نتيجة مفادها ظهور الأعراض وأنه قد أصبح مريضاً. وفي العملية العلاجية يستخدم المريض **مقاومات** مختلفة ضد أن يتذكر ويعيش هذه الخبرات أو ضد إعادة إحيائها. وبعض المرضى يستخدمون المقاومة عموماً ضد نشوء علاقة مهمة انفعالياً بالمحلل؛ إنهم يحاولون على سبيل المثال تصميم التحليل النفسي على مشروع عقلي، أو يخفضون أو يختصرون المحلل النفسي إلى وظيفة واحدة؛ وبهذه الطريقة لا يمنحونه كشخص أية أهمية على الإطلاق. ويوجه مرضى آخرون المقاومة ضد إدراك النقل القائم ، على سبيل المثال لأنهم يجدون الأمر مخجلاً أن يمتلكوا مشاعر أو رغبات محددة تجاه المحلل. والمقاومات يمكن أيضاً أن تكون موجهة نحو حل النقل، على سبيل المثال عندما لا يريد المريض التخلي عن رغبات أو مطالب لا شعورية محددة (Gill,1993). المقاومات هي عبارة عن –بتعبير مجازيmetaphoric– قوى محافظة، يستخدمها المريض في العملية العلاجية من أجل الحفاظ على الوضع كما هوstatus qu– حتى وإن كان هذا الوضع الراهن مترافقاً مع أعراض ومرض نفسي. لهذا يحتل تحليل هذه المقاومات مكاناً أساسياً في العلاج التحليلي النفساني .

حصلت محاولات في التحليل النفسي نحو تفريق المقاومات المختلفة عن بعضها وتصنيفها، على سبيل المثال وفق الاتجاه الذي تتجه ضده، أو وفق مصدرها أو حسب الوسائل التي يوجه فيها المريض مقاوماته. ولكن من حيث المبدأ يمكن لكل الوسائل التي تظهر في العملية العلاجية أن تستخدم أيضاً كمقاومات ضد أن تصبح الصراعات اللاشعورية شعورية. وحتى ما يسمى **بالمحرض agitation (الفعل)** يعد مقاومة.

ويقصد به تلك الأنماط السلوكية التي يعبر فيها المريض عن بقايا الذكريات و الخبرات اللاشعورية المشحونة بالصراعات القائمة على النقل في سلوك واضح ولكن من دون أن يعرف هو نفسه أن سلوكه مصبوغ بمثل هذه الخبرات الصراعية. ومن خلال قيام المريض بالتعبير عن صراعاته تصرفياً، يفعل agitate، فإنه يحفظ نفسه من أن تتذكر في العملية العلاجية. وكما هو الحال في التصورات التحليلية النفسية الأخرى -على سبيل المثال النقل والنقل والمعاكس- فإن رؤية الفعل Agitation قد تغيرت في التحليل النفسي الراهن بالتدريج: فمن معيق في العملية العلاجية أصبح وسيلة مهمة للمعرفة. ويعتبر الفعل Agitationاليوم ليس مجرد سلوك للمريض موجه ضد عدم المعرفة فحسب وإنما عبارة عن حدث تواصلي وتفاعلي، يتم فيه التعبير عن خبرات المريض التي لا يستطيع الإخبار عنها بطرق وبوسائل أخرى (Kluewer, 1995).

وإلى جانب الخواطر في التداعي الحر للمحلل تعد **الأحلام** مصدر مهماً من أجل فهم الصراعات اللاشعورية للمريض و تحليلها. ففي السابق اعتبرت الأحلام الطريق الملكي إلى الدراسة التحليلية النفسية للاشعور. وما زالت حتى اليوم تحتل مركزاً مهماً في التحليل النفسي؛ إلا أن وظيفتها الكبيرة بوصفها "الطريق الملكي Via regia"إلى شعور المريض أصبحت نسبية.

♦مع العلاج النفساني التحليلي يعيش المريض علاقة غير مألوفة، يتمكن فيها من الشعور بأنه مفهوم ومأخوذ على محمل الجد (نقل ليبدوي خفيف) والتى يستطيع أن يعبر فيها أيضاً عن مشاعر و رغبات وتصورات وأفكار نفسية مستنكرة و صعبة التحمل و أن يستودعها المحلل. ما كان حتى الآن، لا شعورياً بالنسبة له-وكأنه قد جرى من وراء ظهره و حدد دائماً سلوكه وخبرته، وبهذا كانت هناك دائماً مناسبة لإعادة الشيء نفسه، أصبح الآن شعورياً وقابلاً للفهم و يمكن أن يصبح جزءاً من سلوكه القابل للتوجيه. ♦

التقى فرويد مع مرضاه ستة أيام في الأسبوع؛ وعلاجه استمر بين الستة أشهر والسنة في الغالب؛ أما اليوم فيحدث العلاج النفساني التحليلي **بفواصل** بين الثلاث إلى الأربع جلسات في الأسبوع، ويندر أن تبلغ خمس جلسات وبالنظر إلى أن العملية العلاجية تمتد إلى الصراعات الطفلية اللاشعورية فإنها تبلغ عدة مئات من الساعات، أي بين السنتين حتى الأربع سنوات، وأحياناً أطول. وقد حصل في تاريخ التحليل النفسي محاولات عدة لاختصار هذه العملية العلاجية أو تسريعها. إلا أن عمليات التعديل والنمو النفسي تسير وفق قواعدها الخاصة بها -حتى من الناحية الزمنية-: ولا يمكن تسريعها سواء من خلال إجراءات تقنية أو من خلال مؤثرات أخرى. التغيرات البنيوية للشخصية التي تطورت غالباً عبر عقود من السنين تحتاج إلى عملية تحليلية طويلة كافية.

الفاعلية و الشروط

العلاج التحليلي النفساني فاعل لدى المرضى الذين يعانون من اضطرابات عصابية و بشكل خاص ما يسمى بعصاب العرض ، والذين يمكن أن نتوقع لديهم بأنه يمكنهم أن يحققوا تغيرات بنيوية دائمة من خلال عملية علاجية نكوصية regressive وكذلك يفيد العلاج بالتحليل النفسي المرضى باضطرابات الشخصية. فإذا ما تعلق الأمر باضطرابات شديدة في الشخصية و بمرضى ممن يميلون بسبب اضطراب في الشخصية إلى إلحاق الأذى الجسدي أو الاجتماعي أو الاقتصادي بأنفسهم أو بالآخرين فلا بد وأن يحدث العلاج غالباً تحت الشروط المركزية، أو على الأقل أن يبدأ هناك. وسيتطلب الأمر خبرات إكلينيكية واسعة من أجل التمكن من الحكم في أي من الحالات يمكن للعلاج بالتحليل النفسي التقليدي أن يكون مفيداً، ومتى يكون غير فاعل أو غير ضروري وضمن أية ظروف يمكن كذلك أن يكون ضاراً، تتهدد فيه أن يستقر العلاج في عملية علاجية لا نهائية.

وفي كل حال فإن العملية العلاجية للتحليل النفساني طويلة الأمد و ليس من النادر أن ترتبط باستبصار مؤلم. على المريض أن يودع خداع الذات والأوهام. وعلى الرغم

من أنه يمكن للعلاج أن يفتح إمكانات النمو و يعد بالصحة النفسية الدائمة، فإنه ليس كل المرضى يتسامحون مع التخلي عن التشويهات العصابية لصالح إدراك حقيقي للواقع، غالباً ما يكون كذلك موقظاً.

♦ من بين الشروط للتحليل النفساني أن يكون المريض:

قادراً على جعل نفسه و خبراته النفسية الداخلية بالتعاون مع المحلل موضوعاً للاهتمام أو الانتباه،

أن يكون قادراً على المدى البعيد على التخلى عن الإشباع المباشر لحاجاته العصابية وأن يحولها إلى أفعال (ينشط أو يحرض Agitation)

أن يكون قادراً على تحمل الدخول بعملية تواصل خاصة لحوار تحليلى نفساني ؛ ويختلف هذا الحوار التحليلى النفساني عن التواصلات الأخرى المألوفة في حالة التفاعل وجهاً لوجه بدرجة كبيرة إلى حد ما. من بينها أنه على المريض أن يكون قادراً على تحمل على المدى البعيد بأن "شريكه في الحديث"، أي المحلل لا يتطرق مباشرة لأسئلته و تعابيره و توقعاته وإشاراته... الخ. وكذلك عليه أن يكون قادراً على التخلى عن ضبط الآخر المقابل له في الحديث أو أنه يريد استخلاص تأثيرات سلوكه على الآخر من خلال ملاحظته له. ♦

عوامل أخرى من نحو ذكاء المريض أو قدرته على التفكير المجرد (الرمزي) بخلاف التفكير الملموس تجعله ملائماً للتحليل النفساني قليلاً أو كثيراً. إلا إن مسألة الفاعلية أو مضادات الفاعلية(الاستطباب أو مضادات الاستطباب) (Heigel,1987) لا يمكن الإجابة عنها على أساس عوامل المريض لوحدها وليس على أساس تشخيص مرض المريض أيضاً. فلا يمكن الوصول إلى طروحات تنبؤيه بشكل موثوق أكثر إلا

من خلال مراعاتنا إلى جانب متغيرات المريض العوامل التي تمس المعالج و "التلاؤم الثنائي" بين المريض والمعالج. (Rudolf et al. ,1988). ففرويد نفسه أمل بإيجاد حل لهذه المشكلة في معالجة تجريبية قصيرة. غير أنه لا يمكن الاستفادة من هذه الإمكانية– حتى لأسباب اقتصادية– إلا نادراً.

أساليب العلاج المشتقة من التحليل النفسي

لا يختلف الأسلوب المعياري التحليلي النفساني و العلاج النفساني طويل الأمد فقط إلا في الدرجة. لهذا فهناك خلاف فيما إذا كان من المفيد الحديث عن أسلوبين مستقلين من العلاج. بالمقابل فإن أساليب العلاج ذات التوجه التحليلي أو القائمة على أساس علم نفس الأعماق تختلف بشكل واضح عن التحليل النفسي التقليدي و العلاج النفساني التحليلي.

أساليب العلاج النفساني التحليلي

يستخدم العلاج النفساني التحليلي كعلاج طويل الأمد و في شكل علاج فردي، إضافة إلى ذلك وكعلاج ضمن المجموعة وكعلاج قصير الأمد وعلاج متبوئر (جدول 2).

في بعض التصميمات لأساليب العلاج النفساني التحليلي التي تم اشتقاقها من التحليل النفسي التقليدي، دخلت أيضاً مبادئ من العلوم الجارة. وبالدرجة الأولى علم النفس الاجتماعي وعلم الاجتماع. وعليه فقد تمت على سبيل المثال في العلاج التحليلي ضمن المجموعة مراعاة المعارف الاجتماعية النفسية حول ديناميكيات المجموعة. وما يشبه ذلك ينطبق أيضاً بالنسبة لأساليب العلاج ذات التوجه علم نفس الأعماق.

للأساليب مجالات استخدام مختلفة و تختلف عن بعضها في مداها العلاجي.

العلاج النفساني التحليلي طويل الأمد

التقاليد والأطر العلاجية في العلاج النفساني التحليلي طويل الأمد هي نفس تلك

التي للتحليل النفساني التقليدي. إلا أن تكرار الجلسات في العلاج التحليلي يبلغ بين الجلستين إلى الثلاثة في الأسبوع، وهي غالباً أقل مما هو الأمر في العلاج التقليدي، والمدة الكلية للعلاج غالباً ما تكون محددة حتى الثلاث سنوات؛ إلا أنه قد تكون أطول أحياناً. وبالنظر لمثل هذا التقييد فإن نكوص المريض سيكون أقل إلى مدى بعيد ولا سيما أن عدد الساعات الأسبوعية محدد بصورة أقل و قبل كل شيء مدة العلاج المحدودة. ولكن هذا لا ينطبق بالضرورة بشكل عام ولا على أي حال؛ فمن الممكن حتى مع عدد أقل من تكرار الجلسات و مدة محددة للعلاج أن يظهر نكوص واسع و أنه بالمقابل يمكن أن تزداد في عدد أكبر من الجلسات الأسبوعية مقاومات مضادة للنكوص.

جدول (2): أساليب العلاج النفساني التحليلي
العلاج النفساني طويل الأمد (علاج فردى)
العلاج النفساني قصير الأمد
العلاج البؤرى
العلاج التحليلي في المجموعة

الأهداف: يتم في العلاج التحليلي طويل الأمد يتم التركيز على متابعة أهداف علاجية: فمن خلال التغيرات البنيوية ينبغي أن يتم حل الصراعات المرضية و تحقيق حلول ناضجة للصراعات و من ثم تحقيق الصحة. ولا يقتصر التحليل النفسي التقليدي على أهداف علاجية أو لا تطمح عموماً لتحقيق أهداف عامة: إذ ينبغي تحليل الشخصية و تاريخ حياتها الذي أصبح لا شعورياً بشكل شامل. لهذا يركز العلاج النفساني التحليلي مبدئيا على تمثل الصراعات اللاشعورية وعلى طلائع الصراع بشكل أقوى من التحليل النفسي المعياري من التركيز على الصراعات الطفولية نفسها. تجليات النقل هي أقرب "للأنضج" و نشأت من أطوار نمو حياتية لاحقة. ولكن حتى هذا الفرق فهو حسب الاتجاه و لا يمكن برهانه في كل المعالجات؛ ففي العلاج النفساني التحليلي أيضاً يمكن أن يحصل كشف و معالجة الصراعات العميقة اللاشعورية (جدول 3).

العلاج التحليلي النفساني قصير الأمد

الأهداف: في العلاج التحليلي النفساني قصير الأمد تحتل الصراعات النفسية اللاشعورية الراهنة و المحددة للمريض مركز الصدارة. ويتم في العلاج تحليل تجليات النقل و النقل المعاكس، المتمركزة في هذه الصراعات أو التي ترتبط بعلاقة مع هذه الصراعات. وطبقاً لذلك تكون أهداف العلاج محددة. ويتم الاتفاق عليها في بداية العلاج. وبالنظر لأهداف العلاج المحددة والمدة العلاجية المحدودة زمنياً فإن نكوص المريض في العملية العلاجية أقل إلى مدى بعيد و أقل شمولاً من العلاج طويل الأمد. ومن واجب المعالج عدم السير وراء الميول النكوصية اللاحقة الممكنة للمريض والتأثير فيها بشكل معاكس في حال كان الأمر ضرورياً. ويتم دعم تحديد النكوص من خلال الإطار العلاجي، بأن يحدث العلاج في الجلوس وجهاً لوجه. وهذا يسهم أيضاً في أن التواصل يحدث بشكل مشابه لما يحدث في الحياة اليومية، في حين أن التواصل في التحليل التقليدي بالمقارنة بهذا يحدث بشكل غير مألوف (Streeck,1994). وتظل الوظائف النفسية للمريض أقرب على مستوى عملية ثانوية مما هو الأمر في ترتيب الأريكة.

كما تختلف **طريقة العمل العلاجي** للمحلل عن تقنيات العلاج في العلاج التحليلي النفساني طويل الأمد. وعلى الرغم من أن المحلل يقوم بتفسير أقوال المريض في معناها اللاشعوري؛ إلا أن تفسيراته تركز على **الصراع الراهن**، الذي يحتل مركز الصدارة في العلاج قصير الأمد. ويتم تجنب التفسيرات الواسعة لصراعات أخرى، وبشكل خاص الصراعات الطفولية اللاشعورية العميقة أو يتم إبلاغها للمريض في الحالات الاستثنائية عند الضرورة.

ويندر أن تتجاوز **مدة** العلاج القصير 40-50 جلسة؛ وأحياناً يمكن للعلاج أن يستغرق وقتاً أقل مع نتيجة باعثة على الرضا. وعادة ما يحدث العلاج بتكرار أقل مما هو الحال في العلاج طويل الأمد.

الفاعلية Indication

العلاج النفساني التحليلي قصير الأمد فاعل لدى مرضى يوجد لديهم حدث مرضي حاد، ناجم عن صراع نفسي لاشعوري محدد. و ينبغي في الفحوصات التشخيصية أن يكون واضحاً قدر الإمكان، بأنه من المحتمل أن يتم حل هذا الصراع المرضي المحدد بمساعدة إجراء علاجي تفسيري، أو على الأقل يمكن التأثير فيه بشكل مناسب، من دون أن يحتاج الأمر إلى عملية تحليلية نكوصية شاملة. غير أنه من الصعب في كثير من الحالات التنبؤ بهذا أو الحكم مسبقاً، بحيث أن العلاج قصير الأمد في بعض الأحيان يتحول إلى علاج طويل الأمد. ويمكن أن يتم حشد مثل هذه الصراعات اللاشعورية المحددة على سبيل المثال في مواقف الانفصال التي تقود إلى تجديد خبرات الانفصال الصادمة الباكرة و أن تقود إلى تمثلات اكتئابية؛ وكذلك التغيرات البيولوجية، من نحو لدى المرأة في التأقلم مع انقطاع الدورة الشهرية، يمكن أن تستجر تمثلات صراعية نرجسية عصابية محددة على سبيل المثال. ومن جانب المريض يتطلب العلاج التحليلي قصير الأمد ضمن أمور أخرى بنية شخصية أكثر استقراراً مع وظائف أنضج للأنا مما هو الأمر في العلاج التحليلي طويل الأمد.

العلاج البؤري

العلاج البؤري هو شكل خاص من العلاج التحليلي قصير الأمد. ويتم هنا توجيه العلاج على بؤرة محددة. وعلى البؤرة أن تستند إلى صراع مرضي لا شعوري و عليها أن تتضمن في الوقت نفسه تفسيراً أو توضيحاً تفسيرياً لهذا الصراع (Kluewr,1995). عندئذ يتضمن التفسير البؤري فرضية إكلينيكية حول المعنى اللاشعوري لأعراض المريض، على سبيل المثال عندما تحتوي البؤرة بالنسبة لمعالجة مريضة قطعت عدة أنواع من التأهيل و يتم تمويلها مادياً من والدها، أن المريضة تريد منع الانفصال عن والدها الذي تحبه في سرها. في الحالة المثلى يمكن أن يتم إخبار هذا التفسير البؤري في الجلسات الأخيرة من العلاج للمريضة بوصفة تدخل تفسيري لصراع لاشعوري، بحيث أن المريضة تستطيع الآن فهم خلفية اضطرابها. ومن أجل التمكن من تحديد البؤرة يحتاج الأمر إلى تشخيص ديناميكي نفسي لحدث الصراع، الكامن خلف الاضطراب الراهن للمريض.

في العلاج البؤري يلتقط المحلل أقوال المريض بشكل هادف استناداً إلى البؤرة. بالمقابل يتم بشكل انتقائي إهمال المظاهر السيكوديناميكية للاضطراب وتعابير المريض التي لا ترتبط بموضوع البؤرة الراهن. بل حتى أن المحلل يسهم في ألا يبتعد المريض و العمل العلاجي العام مع المريض كثيراً عن الصراع الذي تمت صياغته في البؤرة.

ويتطلب الإجراء العلاجي البؤري التحليلي النفساني خبرات وكفاءات إكلينيكية تحليلية نفسية واسعة. و المطلوب من المحلل النفسي أن يعزو أو يسند كل الخواطر وأقوال المريض إلى ديناميكية لا شعورية للصراع البؤري و التطرق لها في مقتضى الحال. بالإضافة إلى ذلك لا بد له أن يتعامل مع المهمة التقنية-العلاجية الصعبة، وفي الوقت نفسه الاحتفاظ بانتباه مستمر على المستوى نفسه ناهيك عن الالتقاط الانتقائي مما يقوله المريض فقط لتلك التعابير و الإشارات التي تستند إلى الصراع البؤري القائم. إن تسمية العلاج البؤري تطلق كذلك على العلاج قصير الأمد التي على الرغم من أن العمل العلاجي فيها يكون موجهاً إلى صراع واحد أو عدة صراعات، إلا أن البؤرة لا تتضمن

أي تفسير لحدث الصراع اللاشعوري (Lauchner,1992).

في بعض الحالات يكفي عدد قليل منن الساعات من أجل معالجة الصراع البؤري علاجياً بشكل كاف. ويندر أن يمتد العلاج البؤري لفترة 30 حتى 40 جلسة. والعلاجات الأطول هي غالباً ليست علاج بؤري بالمعنى الفعلي، وإنما علاجات قصيرة، يتم في مجراها تحديد عدة صراعات بؤرية و معالجتها.

جدول (8): أساليب التحليل النفسي المعياري، العلاج النفساني التحليلي طويل الأمد و العلاج النفساني الفردي القائم على أساس علم نفس الأعماق

	التحليل النفسي المعياري	**العلاج النفساني التحليلي**	**العلاج التحليلي النفساني الفردي القائم على أساس علم نفس الأعماق**
التكرار	**3-4 (5) في الأسبوع**	**2-3 في الأسبوع**	**1-2 في الأسبوع**
طول المعالجة	**غير محددة**	**حوالي 200-300 ساعة**	**حوالي 50-200\150 ساعة**
الإطار	**نظام-الأريكة-المقعد** Couch-Seat-Arrangement	**نظام-الأريكة-المقعد** Couch-Seat-Arrangement،	**وجهاً لوجه** Face to Face

		وفي حالات استثنائية وجهاً لوجه Face to Face	
مدة المعالجة	حوالي السنتين حتى الثلاثة، وأحياناً خمسة فأكثر	2-3 سنوات	1-3 سنة
النكوص	يتم تنمية النكوص لمدى بعيد	النكوص أقرب للمحدد، ولكن الفرق في الدرجة بالأسلوب المعيارى	محدد
الصراعات	أقرب للصراعات العميقة اللاشعورية	أقرب للطلائع الأنضج و تمثل الصراعات الطفولية	تمثل الصراعات، تجليات اضطرابات النمو
النقل	معالجة نقل الموضوع، ونقل جزء الموضوع الطفولي اللاشعوري	معالجة نقل الموضوع ونقل جزء الموضوع (عصاب النقل)	تتم مراعاة النقل، إلا أنه لا يقع في مركز العمل العلاجي
الأهداف	إعادة بناء الشخصية	تعديلات بنيوية	تمثل أنضج وتجليات

الصراعات اللاشعورية في ظروف الحياة الراهنة، وبشكل خاص في العلاقات الراهنة البين شخصية. وأشياء أخرى.			

أساليب العلاج ذات التوجه التحليلي النفساني أو القائمة على أساس علم نفس الأعماق

تحت مفهوم أساليب العلاج ذات التوجه التحليلي النفساني أو القائمة على أساس علم نفس الأعماق -غالباً ما يتم استخدام التسميتان بشكل مترادف- تجتمع عدة أساليب علاجية (جدول 4).

جدول (4): أساليب العلاج ذات التوجه التحليلي النفساني أو القائمة على أساس علم نفس الأعماق
العلاج الفردي القائم على أساس علم نفس الأعماق ذو المدة المتوسطة. - العلاج قصير الأمد/ العلاج البؤرى
العلاج النفساني الداعم
العلاج في المجموعة التفاعلى التحليلى النفساني و القائم على أساس علم نفس الأعماق
أساليب أخرى (فروق طفيفة فيما بينها)

الإجراء المتجه اتجاهاً تحليلياً نفسياً يمكن أن يكون مفيداً مع مرضى بصور اضطرابات مختلفة كالأمراض العصابية و السيكوسوماتية، والسوماسيكولوجية والذهانية؛ فتشخيص المرض لوحده ليس محكاً كافياً للاختيار من عدمه بالنسبة لهذا الأسلوب. لهذا فإنه من الأهم، استخدام مبادئ العلاج المتجه تحليلياً بشكل مرن والتمكن من تعيير الإجراء العلاجي بما في ذلك المدة و التكرار و التقنية العلاجية بشكل فردي حسب الحالة ونوعية اضطرابه، بدلاً من تحديد أساليب العلاج المتفرقة عن بعضها و قليلاً أو كثيراً بشكل معير وطرائقي. وهكذا يمكن أن يكون من المفيد لدى بعض المرضى معالجة البعد اللاشعوري لتمثل صراع لاشعوري راهن، يعزى إليه الاضطراب بشكل كاشف وتفسيري. فإذا ما عزي التقييد إلى توفر الوظائف النفسية عموماً، كما هو الأمر في الغالب لدى مرضى باضطرابات شخصية بنيوية لا تعويضية decompensation، فيفترض أن يتم إجراء العلاج بشكل أقوى دعماً مع هدف دعم أو تقوية الوظائف النفسية غير المتوفرة راهناً و تنمية هذا النمو. وبالنسبة لمرضى آخرين فإنه من الملائم إذا ما بدأ العلاج بتكرار منخفض، و لكن لمدة أطول على سبيل المقارنة، في حين أن مرضى آخرين على سبيل المثال الذين لا يستطيعون كتعبير عن نقص في ثبات الموضوع object constancy تحمل الحفاظ على العلاقة إلا طوال ما يكون الآخر موجوداً جسدياً، سيحتاجون الاتصال بالمعالج النفساني بفواصل زمنية أضيق، لأنهم ينزلقون بسهولة بحالات نكوصية غير قابلة للسيطرة. ومن المفيد لدى بعض المرضى استخدام طريقة علاجية فاعلة، في حين يكون بالمقابل من المفيد بالنسبة لمرضى آخرين عندما يتصرف المعالج منتظراً و يترك للمريض إلى مدى بعيد تشكيل السيرورة العلاجية. ولدى المرضى باضطرابات شخصية شديدة الذين يعانون من صعوبات في أن يلاءموا أنفسهم اجتماعياً بشكل كاف لابد للعلاج النفسي ذو التوجه الأعماقي أن يدعمهم أحياناً بشكل هادف في مواجهة متطلبات الواقع الخارجي، في حين يستفيد مرضى آخرين أكثر إذا ما توجه المعالج أكثر إلى واقعهم النفسي الداخلي، من نحو الإدراكات المتضررة

للمشاعر و النزوعات على سبيل المثال.

وكما هو الحال في أساليب العلاج النفساني التحليلي فإن المبادئ العلاجية لأساليب العلاج ذات التوجه العلم نفس أعماقي مشتقة أيضاً من الممارسة العلاجية للتحليل النفساني إلى مدى بعيد. إلا أنه لا يجعل من العمليات السيكودينامية اللاشعورية للمريض و المقاومة و ظواهر النقل و النقل المعاكس موضوعاً للعمل العلاجي بشكل واضح؛ إنها تؤخذ بعين الاعتبار و تتم مراعاتها في الإجراء العلاجي ولكن لا تشكل نقطة أساسية واضحة للعلاج.

في العادة تقتصر التدخلات العلاجية و التفسير في العلاج النفساني القائم على أساس علم نفس الأعماق على معالجة الصراعات الناجمة و –في حال ما يسمى بالاضطرابات البنيوية– تجليات اضطرابات النمو التي تظهر في حاضر المريض في محيط حياته اليومي الراهن، وبشكل خاص في علاقاته البين شخصية. وبهذا فهي لا تهدف إلى كشف الخبرات التي أصبحت لا شعورية من تاريخ الحياة، وبشكل خاص أيضاً تاريخ الحياة الطفلي للمريض و إعادة تصميمها، الكامنة خلف صراعاته المرضية. وبما يشبه ما هو في العلاج النفساني التحليلي قصير الأمد يجري العمل العلاجي في العلاج النفساني القائم على علم نفس الأعماق بشكل بؤري. وبشكل مختلف عما هو الأمر عليه في العلاج البؤري فإن البؤرة هنا تحدد نقطة اهتمام مشتركة و نقطة عمل للمريض و المعالج. وطبقاً لذلك فإنه من المهم أن يتفق كل من المعالج والمريض على أهداف ونقاط عملهما المشترك قبل بداية العلاج.

في المعالجات التي تجري على أساس علم نفس الأعماق يجلس كل من المعالج والمتعالج مقابل بعضهما. وفي هذا الأسلوب كذلك يتم تجنب النكوص الواسع للمريض، المرتبط مع التقليد العلاجي بطريقة الاستلقاء والمستثار من خلال "إفراغ" محيط الإدراك الخارجي. ويجري العلاج سواء بشكل فردي أو في المجموعة. العلاج الفردي غالباً ما يبلغ مداه بين 50–200 جلسة وبتكرار أسبوعي يصل إلى ساعتين في الأسبوع. و يمكن للمدة و التكرار أن تتغيرا حسب الظروف الخاصة للحالة الفردية.

يمكن للعلاج النفسي القائم على أساس علم نفس الأعماق، إذا ما أجري بتكرار منخفض، أحياناً أن يمتد عبر فترة زمنية لعدة سنوات وأطول. ولدى عدد غير قليل من المرضى، وبشكل خاص عندما يكون المرض موسوماً بما يسمى بالأجزاء المضطربة البنيوية، فإن العلاج الطويل غالباً ما يكون مهماً لنجاح العلاج أكثر من العدد الكبير من تكرار الجلسات.

والحدود بين أساليب العلاج القائمة على أساس علم نفس الأعماق المنفردة مطاطة. ففي الولايات المتحدة الأمريكية تم تطوير الأساليب العلاجية النفسانية على أرضية التحليل النفسي، والتي لا تمثل في ألمانيا أساليب مستقلة، من نحو العلاج النفساني التعبيري expressive Psychotherapy (Kernberg,1981)أو العلاج النفساني التحليلي للوبورسكي (Luborsky,1981). إلا أنها من حيث المبدأ شبيهة بالعلاج النفساني التحليلي أو العلاج النفساني ذو التوجه التحليلي في كثير من الوجوه، من نحو العلاج النفساني التحليلي للوبورسكي (Luborsky,1988) الذي يظهر كما يرى كونج (Koenig,1993) تشابهاً مع العلاج النفس الديناميكي لدورسن (Duehrssen,1988)، ويختلف عنه من ناحية أن العلاج النفساني الديناميكي يقوم على نظرية نفسية اجتماعية ذات رؤية تقوم على التكيف لم تعد اليوم منتشرة. بالإضافة إلى ذلك يعمل العلاج النفس الديناميكي أقل مع النقل: في حين أن النظرية التحليلية للوبورسكي تؤكد بالمقابل على الخبرات والرغبات في العلاقات البين شخصية وتستند بهذا بشكل واضح على التحليل النفسي لعلاقات الموضوع و التعامل العلاجي مع النقل. وكذلك في العلاج النفساني فإن التفريق الذي يتم غالباً بين أساليب العلاج ذات التوجه الداعم-المساند مقابل أساليب العلاج النفساني التي تعمل على أساس علم نفس الأعماق بطريقة تفسيرية-كاشفة لا يصف سوى فرق واحد نسبي. فالعلاج النفساني الكاشف غالباً ما يتضمن أيضا عناصر داعمة ومساندة وبالعكس فإن العلاج الداعم والمساند يتضمن دائماً عناصر كاشفة (Wallerstein,1990).

الفاعلية

العلاجات النفسية القائمة على أساس علم نفس الأعماق هي من أكثر العلاجات ممارسة. وهي مفيدة مع المرضى الذين ليس بالضرورة لديهم إعادة بناء الشخصية من أجل تحقيق علاج فاعل أو الذين من غير الممكن إحداث إعادة البناء. وكذلك المرضى الذين على الرغم من أنه على أساس من نوع مرضهم من المفيد لهم إجراء علاج يهدف إلى إجراء تعديل بنيوي كاشف في الشخصية إلا أن الشروط الضرورية لذلك غير متوفرة، يمكن معهم تحقيق نتيجة باعثة على الرضا بالعلاج النفساني القائم على أساس علم نفس الأعماق؛ وفي هذه الحالات يتم السعي في العلاج نحو تحقيق أهداف أكثر تحديداً من التعديل البيني للشخصية. وكذلك لدى مرضى يعانون من اضطرابات شديدة في الشخصية و تضررات عصابية مزمنة يمكن للعلاج النفسي القائم على أسا س علم نفس الأعماق أن يكون مفيداً مع أهداف علاجية محدودة. فمثل هؤلاء المرضى يمكنهم أن يظلوا لفترة زمنية طويلة بلا شكاوى و يعيشون بشكل متلائم مع محيطهم. إلا أنه إذا ما تغيرت الظروف الداخلية أو الخارجية –من نحو بناء على ظروف العمر، أو العمليات البيولوجية، إعادة التكيف في عالم العمل أو تغيرات في العلاقة بالشريك– فيضطرب التوازن التلاؤمي النسبي، واللامعاوضة decompensation ويظهر عندئذ اضطراب في الشخصية أو عصاب مزمن، كان حتى الآن معوضاً compensation. وعندئذ فإنه في كثير من الحالات فإنه لا يعود بالإمكان– و من المفيد– معالجة اضطراب الشخصية الأساسي أو العصاب بشكل تحليلي نفساني كاشف، وليس من النادر أن تتم مساعدة المريض بشكل كاف من خلال المدخل العلاجي المتجه اتجاهاً علم نفس أعماقي. ويجد المريض إمكانات جديدة للتلاؤم مع ظروف حياته المتبدلة و تعويض أذياته العصابية أو البنيوية على مستوى متغير ومن خلال وسائل جديدة.

وإذا تحققت من خلال المعالجات النفسية القائمة على أساس علم نفس الأعماق تعديلات واسعة أقل مما هو الأمر في العلاج النفساني التحليلي و غالباً ما لا يتحقق سوى تحسن أعراضي أو تلاؤم ثابت ومرن مع ظروف الحياة الخارجية فهذا لا يعني أبداً أنها

ذات قيمة علاجية أقل.

العلاج التحليلي للأطفال واليافعين

منذ بدايات التحليل النفسي اهتم محللون نفسيون متفرقون بشروط النمو وصراعات النمو في الطفولة ليس من خلال مرضاهم الراشدين فحسب ، وإنما درسوا وعالجوا بأنفسهم أطفالاً باضطرابات وأعراض نفسية. وفرويد نفسه قد تعامل في عيادته مع مريض يافع، هانس الصغير (Freud,1909). وقد تم علاج اليافع الذي كان يعاني من رهاب الأحصنة بطريقة أن فرويد قام بإجراء جلسات مع والده. وهكذا فقد كان علاج هانس الصغير أول حالة إرشاد تربوي قائم على أساس التحليل النفسي. وفي عام 1913 افتتح كارل إبراهام Karl Abraham عملاً بعنوان "حول علم نفس الخوف من الشوارع في سن الطفولة". وفي السنة نفسها قام كارل غوستاف يونغ بتأهيل مربيات و مربيات رياض أطفال ليصبحن معالجات أطفال. أما التطور اللاحق للعلاج النفسي للأطفال واليافعين فقد ارتبط بشكل خاص بآنا فرويد Anna Freud ابنة سيجموند فرويد و بميلاني كلاين Melanie Klein. أما اليوم فإن العلاج النفساني للأطفال واليافعين قد أصبح ميدان تخصص مستقل ترتبط ممارسته بتأهيل خاص و يتطلب عدة سنوات من التأهيل.

يعمل العلاج النفساني التحليلي للأطفال اليافعين بالتقاليد العلاجية و تقنيات العلاج المعيرة على الشروط النمائية والعمرية الخاصة للمرضى الصغار. لا يستطيع الأطفال التعبير بالكلمات عن إحساسهم النفسي ورغباتهم وتصوراتهم. بل يعبر العالم النفسي للطفل عن نفسه –حسب عمره– من بين أمور أخرى من خلال اللعب ونتاجاته الهوامية؛ ففي اللعب يتواصل الطفل مع محيطه و يواجه أشخاص إطاره المرجعي المهمين. وكلما كان المرضى أصغر سناً كانوا أقل قدرة على التعبير عن أنفسهم لغوياً وكانت الوسائل غير اللغوية أهم، من أجل التعبير عن عالم خبراتهم الداخلية وعالم خبرتهم و للتعامل مع محيطهم. وبالعكس فكلما كان المرضى اليافعين أكبر يمكن إجراء

العلاج معهم على شكل حوار لغوي. وفي هذه الحال يفترض لعلاج الأطفال واليافعين أن يأخذ بعين الاعتبار الشروط المتعلقة بالنمو والسن، ولدى اليافعين بشكل خاص شروط المراهقة المترافقة بصراعات انفصالهم و صراعات الهوية. لهذا تحتل في العلاج ذو التوجه التحليلي النفساني للأطفال واليافعين إلى جانب معالجة الصراعات العصابية معالجة التثبيتات والقصور المتعلقة بالنمو مركزاً مهماً (Streeck-Fischer,1994).

ويتم تكييف أهداف العلاج والأسلوب الذي يتم فيه التعامل علاجياً مع العمليات النكوصية وتجليات النقل والنقل المعاكس، حسب الوضع الخاص للطفل الفرد أو اليافع مع وضع النمو والصراع الراهن الخاص في كل مرة. في العادة فإن الأطفال وغالباً اليافعين أيضاً مرضى "شاطرين" (ماهرين) فهم لا ينظرون لأنفسهم على أنهم مرضى ولا يعانون من سلوكهم أو حالتهم ونادراً ما يتحدثون حول أنفسهم أو حول مشكلاتهم و صراعاتهم من تلقاء أنفسهم. لهذا من الضروري تحقيق الشروط التي تمكنهم و التي تدعوهم للتعرف على عالمهم الخاص و فتحه.

و لا يتم في العلاج القائم على علم نفس الأعماق و العلاج النفساني التحليلي للأطفال اليافعين التفريق بين أساليب مختلفة كما هو الأمر في أساليب العلاج التحليلية لدى الكبار.

أساليب العلاج التحليلي و القائمة على أساس علم نفس الأعماق في المجموعة

في نهاية العشرينيات من القرن العشرين كانت هناك محاولات استخدام خبرات ومبادئ التحليل النفسي على علاج المرضى في المجموعة. وعلى الرغم من أن فرويد نفسه لم يهتم بالتحديد بتحليل المجموعات، إلا أنه قام بإسناد معارفه حول العمليات النفسية اللاشعورية إلى ظواهر جمعية واجتماعية (مثال Freud,1921). وبعد الحرب العالمية الثانية تم على أساس التحليل النفساني وباستخدام المعارف النفسية الاجتماعية والاجتماعية حول المجموعات تطوير عدة تصورات علاجية جمعية أو تحليل نفسية جمعية.

في سياق المجموعة تتجلى في الوقت نفسه صراعات واضطرابات نمو لا شعورية فردية بين نفسية و في العلاقات البين شخصية. ولهذا تتيح الأساليب العلاجية النفسانية الجمعية التي تعمل على أسس تحليلية نفسانية فرصة التعرف في الوقت نفسه على التجليات البين نفسية والبين شخصية للاضطرابات النفسانية و النفسانية الجسدية في علاقاتها المتبادلة و لفحصها و التأثير عليها علاجياً. وعند استخدام التحليل النفسي في المجموعات تتم إضافة المعارف التحليلية النفسية عن العمليات الفردية والجمعية اللاشعورية مع المعارف العلم نفس اجتماعية للعمليات الاجتماعية و البين شخصية و إدخالها في تصورات العمل العلاجي للمجموعات.

يتم استخدام الأساليب العلاجية النفسانية الجمعية على الأغلب في المجال الإكلينيكي لعلاج المرضى. إلا أنه يمكن أن تحقق خدمات جيدة للأغراض التعليمية، و للإشراف الذاتي على الفريق وفي إرشاد المؤسسات و المنظمات. كما أنها مناسبة بشكل محدود للمساهمة فيفهم العمليات غير الشعورية للتحول الاجتماعي و الثقافي.

ويوجد كعلاج ضمن المجموعة علاج تحليلي نفساني و علاج قائم على علم نفس الأعماق. وكذلك يمكن علاج الأطفال واليافعين في العلاج ضمن المجموعة؛ إلا أنه من النادر استخدام العلاج ضمن المجموعة في العيادات الخارجية لمستشفيات الأطفال واليافعين. أما في الرعاية العلاجية النفسانية للمرضى كبار السن فيتم استخدام العلاج التحليلي النفساني ضمن المجموعة في العلاج المركزي أكثر من العلاج الخارجي على الرغم من العلاج النفساني ضمن المجموعة المؤهل هو أسلوب علاجي فاعل واقتصادي بالمقارنة.

وهناك عدة تصورات تفريقية للعلاج التحليلي النفساني ضمن المجموعة والعلاج القائم على أساس علم نفس الأعماق. ومن أجل التمكن من ممارسة هذه الأساليب العلاجية يشترط أن يتم اكتساب الخبرات اللازمة لذلك والكفاءات في تدريب-علاجي نفسي في المجموعة. ومن الأساليب الخاصة للعلاج التحليلي في المجموعة الأكثر انتشاراً في الممارسة العملية هناك طرق العلاج النفساني التحليلي في المجموعة أو تحليل

المجموعات و العلاج النفساني في المجموعة القائم على أساس علم نفس الأعماق و العلاج النفساني ذو التوجه التحليلي و العلاج النفساني في المجموعة التحليلي النفساني – التفاعلي. و لا تلعب الأساليب الأخرى من نحو طريقة التفاعل المتمحور حول الموضوع (Cohen,1875) في إمداد المرضى إلا دوراً ثانوياً.

العلاج النفساني التحليلي في المجموعة

في العلاج النفساني التحليلي في المجموعة analytical Group Psychotherapy تتم معالجة الصراعات المرضية اللاشعورية للمرضى ضمن المجموعة من خلال عمليات النقل و النقل المعاكس، التي لا تتمركز في المجموعة على محلل المجموعة. بل يتجه النقل خارج محلل المجموعة سواء للمجموعة ككل أو على المجموعات الفرعية و أفراد من المجموعة. وتتم تنمية العمليات النكوصية للمرضى في المجموعة، كي تصبح الصراعات اللاشعورية و تمثلات الصراعات في المجموعة واضحة و كي يتم التمكن من معالجتها. ويتم تفسير أشكال المقاومة و الدفاع الخاصة بالمجموعة، التي تظهر من ضمن أمور أخرى في معايير المجموعة و تكوينات الحلول الوسط الاجتماعية النفسية، من محلل المجموعة بناء على معناها اللاشعوري.

وتختلف التصورات المختلفة من العلاج النفساني التحليلي في المجموعة بشكل خاص بالمدى الذي تأخذ فيه بعين الاعتبار وجهات نظر نفسية اجتماعية حول ديناميكيات المجموعة (Haubl & Lambot,1994, Koenig & Linder, 1991)

- العلاج النفساني في المجموعة القائم على أساس علم نفس الأعماق

على خلاف العلاج النفساني التحليلي في المجموعة فإنه يتم في العلاج النفساني في المجموعة القائم على أساس علم نفس الأعماق تجنب النكوص الكبير قدر الإمكان. ويتمركز العمل العلاجي على عمق متوسط من النكوص، الذي يظهر عليه نمط الصراع الاجتماعي النفسي (ما يمسى بالصراعات المشتقة) و أشكال الدفاع الاجتماعي النفسي.

وتظهر الصراعات المشتقة في أنماط العلاقة بين المشاركين في المجموعة. وتشبه أنماط العلاقة هذه غالباً العلاقات والأدوار المألوفة أو الاعتيادية، التي يأخذها المرضى في حياتهم الاجتماعية اليومية و التي يتورطون فيها بسهولة. في الحياة اليومية غالباً ما لا يتعرف المرضى على كيف يحصل ذلك و كيف هم أنفسهم مشاركون بذلك، وكيف ينزلقون مراراً في تشكيلات صراعية بين شخصية و كيف يأخذون دائماً أدواراً مشابهة. لهذا فإن العلاج النفساني في المجموعة القائم على أساس علم نفس الأعماق مفيد للمرضى الذين تظهر اضطراباتهم في حياتهم اليومية بشكل أساسي في مثل هذه الصراعات العلائقية وصراعات الأدوار المعتادة؛ ويمكنهم أن يتعلموا فحص هذه العمليات و مشاركتهم الخاصة في ذلك في المجموعة العلاجية و فهمها.

وفي الممارسة الإكلينيكية لا يختلف العلاج النفساني التحليلي في المجموعة والعلاج النفساني في المجموعة المتجه تحليلياً كثيراً؛ فالفروق الموجودة بين كلا الشكلين ليست نوعية. لهذا فإنه هناك خلاف فيما إذا كان من المفيد الحديث عن أسلوبين مختلفين من العلاج، أم أن الأمر هنا يتعلق بفروق في الدرجة داخل الأساليب العلاجية ضمن المجموعة.

ويظهر العلاج النفساني في المجموعة التحليلية النفسانية التفاعلية Psychoanalytical-interactional Group Psychotherapy فروقاً أوضح عن العلاج النفساني التحليلي في المجموعة. فقد تم تطويره للمرضى الذين يعانون مما يسمى اضطرابات بنيوية (Heigl-Evers et la. ,1993)، أي للمرضى الذين غالباً ما لا يكون لديهم العلاج المنمي للنكوص، الكاشف للصراع الذي يتم فيه تفسير علاقة النقل اللاشعورية، غير مفيد أو غير قابل للإجراء. ولابد لدى هؤلاء المرضى أن ينصب الاهتمام على الأسلوب العلاجي المقوي للأنا.

ويركز العمل العلاجي في العلاج النفساني في المجموعة التحليلي النفساني التفاعلي على تجليات الأضرار البنيوية للأنا للمريض الفرد و على العلاقات البين شخصية في المجموعة و التنظيم المعياري المشترك الذي يظهر فيه أمراضياتهم النفسية. و على الرغم

من أ، المعالج النفساني يستخدم المعارف التحليلية النفسية من أجل فحص الباثولوجية النفسية الفردية لكل مريض في المجموعة و عمليات المجموعة الجمعية ما قبل الشعورية و فهمها؛ إلا أنه لا يعمل بتقنية علاج تفسيرية أو لا يستخدم تفسيرات واضحة للظواهر اللاشعورية إلا في الحالات الاستثنائية. وبدلاً من ذلك يستخدم معالج المجموعة ما يسمى التدخلات المجيبة، التي يتم فيها تقوية الوظائف النفسية للمريض الفرد ودعم المهارات المنمية للتلاؤم و النمو. ومن خلال مثل هذه التدخلات "المجيبة" يخبر معالج المجموعة بشكل انتقائي بعض المشاعر، التي تظهر في الإجابة على العمليات في المجموعة و على المرضى الأفراد. إلا أن هذا لا يحدث إلا بمقدار ما يكون إخبار المشاعر منمياً لتحديث الوظائف النفسية للمريض، ويساعد على تجنب العمليات النكوصية ويجعل خطوات النمو النمائية (التقدمية) ممكنة.

يستخدم العلاج النفساني في المجموعة التحليلي النفساني التفاعلي لمعالجة مرضى باضطرابات شخصية نرجسية و اضطرابات شخصية حدودية، وأشخاص باضطرابات ما قبل نفسية، والأمراض النفسية الجسدية و أمراض الإدمان والتعلق و كذلك لمرضى بسلوك لا اجتماعي و جانح. كما تؤيد الخبرات مع مرضى بأمراض ذهانية أن هذه الأساليب الجمعية يمكن أن تدعم علاجهم الطبي النفسي.

العلاج الزوجي المتجه اتجاهاً تحليلياً نفسياً

يشبه العلاج المتجه اتجاهاً تحليلياً للأزواج علاج المرضى في المجموعات، من ناحية أنه في العلاج الزوجي تحدث في الوقت نفسه عمليات بين نفسية وبين شخصية – صراعات فردية لا شعورية نفسية داخلية لدى كل شريك وعلاقة بين شخصية تفاعلية لدى الزوجين مع بعضهما اللذان هما موضوع العمل العلاجي. غير أنه في حين يستطيع معالج المجموعة في العلاج النفساني في المجموعة متابعة كيف ينشأ في التفاعل بين مرضى المجموعة التلاؤم النفسي الاجتماعي و تشكيلات الدفاع، يحضر الشركاء وعلى عكس ما هو الأمر في المجموعات تنظيمهم الدفاعي الاجتماعي النفسي معهما. إذ يمكن لسلوك

الشريكين في العلاج الزوجي أن يكون على درجة عالية من التنميط و التطقيس و يمتلك عندئذ تلاؤم نسبي حامي و وظيفة محققة للأمان.

في العلاج الزوجي ذو الاتجاه التحليلي النفساني يتم كشف سلوك العلاقة المشحون بالصراع بما في ذلك الحتمية اللاشعورية وفحصه، من أجل أن يتم التعرف عليه من الشريكين بشكل مبكر و فهمه، كي يتم التمكن من إيجاد حل باعث على الرضا. وفي مجرى العمل العلاجي مع الزوجين يظهر في كثير من الحالات أن التعامل المعتاد المشحون بالصراع يحقق التلاؤم ليس مع أحدهما وإنما لكلا الشريكين. ومن خلال أسلوب تعاملهما النمطي مع بعضهما يكون الشريكان قد اتفقا مع بعضهما بشكل لا شعوري على ترتيبة دفاع اجتماعي نفسي؛ وقد أطلق فيللي Willi (1975) على هذه الترتيبة تسمية التواطؤ Collusion. إذ يمكن أن يكون على سبيل المثال أن يسقط الشريكين على بعضهما بشكل متبادل صفات، لا يتعرفون عليها في أنفسهم، لأنهما لا يستطيعان تقبل نفسيهما بها. كلاهما يشكو من الآخر بشكل متبادل و يكافح في الآخر ما لا يستطيع أن يدركه في نفسه. ومن أجل ألا يكون على أحدهما أن يرى الجانب الذي يكافحه في الآخر، على الشريك أن يتصرف قدر الإمكان بحيث "يصلح" مظاهر الذات المستنكرة للدفاع. لهذا يمارس كلا الشريكين بشكل لا شعوري التأثير على بعضهما، لأن يتصرف الآخر بالفعل على نحو الصفات المسقطة عليه وبما يطابق السلوك المقاوَم فيه. ولدى شركاء آخرين تشتعل الصراعات في الأدوار المعتادة التي يأخذاها في سبيل بعضيهما؛ على سبيل المثال يمكن للشريك أن يمتلك دوراً مسيطراً بوضوح، و الآخر دور تابع، بحيث تظهر الصراعات المتكررة بشكل أساسي في أن المتعلق يشكو دائماً من أنه يشعر بالقمع في حين أن الشريك المسيطر بوضوح يشعر بالتقييد من خلال عدم استقلالية الآخر. و عندما يحاول الشريكين التعرف على صراعات علاقتهما المعتادة و تعديلها غالباً ما يتجلى عندئذ -مع الدعم العلاجي- إلى أي مدى هما بحاجة لدور الآخر الذي اشتكى منه كلاهما بشكل أساسي و الذي لم يجلب لهما عند التأمل السطحي إلا المعاناة لأسباب دفاعية. فالجزء المسيطر ربما يكون قد احتاج لتعلق شريكه لصد خوفه من الوحدة و تعلقيته

الخاصة، في حين أن الجزء "المقموع" يحتاج الشريك المسيطر من أجل صد خوفه من الاستقلالية على سبيل المثال.

وكما هو الحال في العلاج الأسري لا يكمن التأثير العلاجي على العمليات النفسية للشريك الفرد فحسب. فهنا يتم في الوقت نفسه معالجة شكل مؤسساتي للحياة، وبالتحديد شكل حياة علاقة الشريكين التي يحققها الشريكان في حياتهما اليومية مع بعضيهما.

غالباً ما تظهر الصراعات الزوجية و صراعات الشركاء بالترافق مع الاضطرابات العصابية و اضطرابات الشخصية أيضاً. ويتم إجراء العلاج النفساني المتجه اتجاهاً تحليلياً نفسياً في أطر مختلفة. وأكثر شكل يتم فيه معالجة الزوجين من معالج واحد. أما معالجة الزوجين من زوج معالجين فلا يتم إلا في ألأطر المؤسساتية، وأحياناً في عيادة مشتركة. كما يتم إجراء العلاج الزوجي كعلاج زوجي تحليلي في المجموعة تصل إلى خمسة أزواج. وغالباً ما يكون العلاج الزوجي علاج قصير الأمد ليس أكثر من 10 حتى 15 جلسة. و في حين أن المرضى العاملين في مجموعة علاجية مع بعضها لا يرون بعضهم غالباً بين الجلسات، تسم الصراعات التي يتم معالجتها في علاج زوجي غالباً الحياة اليومية للشريكين مع بعضهما. لهذا ينصح غالباً بالنسبة للعلاج الزوجي تقصير تكرار الجلسات لجلسة واحدة كل أسبوعين أو أربعة أسابيع. وفي حال وجود تكرار أكبر يمكن أن يتم تحميل الزوجين فوق طاقتيهما.

مجالات استخدام العلاج النفساني التحليلي

العلاج النفساني المركزي (الترقيدي)

كما هو الحال في الأمراض الأخرى فإن الاضطرابات العصابية و النفسية الجسدية والجسدية النفسية و اضطرابات الشخصية تكون في بعض الأحيان شديدة و مليئة بالمضاعفات بحيث أنه لابد من العلاج في المستشفى (الترقيد في المستشفى). فالمرضى الذين ينزلقون في محيطهم اليومي باستمرار في صعوبات و تحت ظروف أزمات مهددة

للحياة، ويصبحون انتحاريون مزمنين أو حادين، ويلحقون بأنفسهم الأذى الشديد ومهددون بلامعاوضة ذهانية وسيكوسوماتية و يقهمون (ينحفون) بشكل خطير ويكونوا مهددين بفقدان السيطرة على اندفاعاتهم أو يمتلكون اضطرابات مزمنة شديدة الدرجة لا يمكن في كثير من الحالات معالجتهم علاجاً نفسياً إلا تحت شروط المستشفى وبوسائل خاصة. وفي العلاج النفساني المركزي (الترقيدي) المتجه اتجاهاً تحليلياً نفسيا يتم تجميع مجموعة من الأساليب في تنظيم علاجي مركز مع العلم أنه يتم استخدام الحقل الكلي للمستشفى كحقل علاج.

ومن خلال الدخول إلى المستشفى يستبدل المريض لوقت محدود محيطه اليومي مع المحيط الاجتماعي للمستشفى. وفي المواقف و العلاقات البين شخصية المتنوعة تتجلى صراعاته و اضطرابات نموه التي تقوم عليها اضطراباته النفسية الداخلية و تضرراته السلوكية، بما يشبه ما هو عليه الحال في حياته اليومية المنزلية. الحدث الاجتماعي في المستشفى يستخدم كحقل لإعادة وإخراج صراعاته اللاشعورية وتضرراته النمائية التي تحدد اضطراباته السلوكية و النفسية. و بالنسبة للعلاج فإن الميزة الأكبر أنه لا يتم استخلاص الاضطرابات و معناها اللاشعوري في بعدها النفسي الداخلي من ما يقوله المريض فحسب وإنما تتم في الوقت نفسه ملاحظتها ودراستها أو فحصها في تجلياتها البين شخصية و التفاعلية. بالإضافة إلى ذلك يمكن للمريض في الحقل الاجتماعي للمستشفى تجريب في مجرى علاجه إمكانات خبرة وسلوك جديدة. ومن أجل ذلك فإن شروط الإطار في المستشفى مهمة، التي تحدد مجالاً رمزياً للواقع الخارجي وتشكله كمجال علاجي. ولهذا المجال الرمزي وظيفة مجال نقل(Winnicott,1984). وفيه لا تسري –كما هو الأمر في اللعب– شروط الواقع الخارجي و لا يملك فيه الواقع النفسي صلاحيته. وبهذا فما يحدث داخل هذا المجال لا يخضع للشروط الجدية للواقع الاجتماعي الخارجي، و لكنه في الوقت نفسه ليس غير جدي.

ويتم استخدام الأساليب العلاجية حسب الاضطراب النوعي وحسب الشروط الفردية لكل مريض فرد بشكل متكافئ و بالانسجام مع بعضها في العلاج، ويتم تجميعها

في تنظيم علاجي مركب. ومن أجل تجنب الاستخدام المجرد للأساليب العلاجية إلى جانب بعضها البعض لابد للأساليب العلاجية المستخدمة في العلاج أن تتمحور حول بؤرة علاجية مشتركة(Streeck,1991). على العاملين المشاركين في معالجة كل مريض أن يتعاونوا مع بعضهم و أن يتشاركو ملاحظتهم وخبراتهم مع بعضهم (Janssen, 1987)، وعليهم بشكل خاص أن يتعرفوا كيف يمكن ربط الملاحظات والخبرات المجموعة في القطاعات المختلفة مع بعضها. عندئذ فقط يستطيعون دمج المظاهر المختلفة لاضطراب المريض و المظاهر المختلفة لنقله التي تتجدد في تفاعلاته المختلفة للحياة اليومية العلاجية والبين شخصية في المستشفى، وفهمها في علاقاتها ببعضها البعض.

ومن بين الأساليب العلاجية التي يتم استخدامها في علاج المرضى المتجه اتجاهاً تحليلياً نفسياً هناك إلى جانب أساليب العلاج الجمعية ذات التوجه التحليلي النفساني العلاج الزوجي والأسري، والأساليب التي تعمل بوسائل غير لفظية كالأنشطة العلاجية الجشطلطية والأساليب العلاجية الجسدية كالاسترخاء الوظيفي و العلاج التركيزي الحركي وما يشبه ذلك، والاسترخاء الذاتي و العلاج بالموسيقى و الأساليب المؤثرة على السلوك و المدربة للسلوك كتدريب السلوك، و كذلك أنشطة علاجية اجتماعية التي يكون عامل الخدمة الاجتماعية مسؤولاً عنها. وتتنوع نقاط تركيز الأساليب العلاجية الأخرى المستخدمة حسب تكليف الرعاية و نوع المؤسسة أو القسم. و في بعض الأحيان ينبغي علاج المرضى المضطربين بشدة لفترة مؤقتة أو دائمة بالأدوية. وعندئذ لا تتم دراسة تأثيرات الأدوية وتناولها من منظور صيدلاني نفسي وإنما دائماً في سياق الخبرة اللاشعورية للمريض وصراعاته. وأخيراً لا بد وأن تكون البيئة milieu بمعنى علاج بيئي مطبق بشكل تحليلي نفساني و نفسي دينامي جزءاً من تنظيم العلاج. والعلاج البيئي milieu therapy يعني أن شروط الحياة اليومية للمستشفى المؤسسية والمجالية و الاجتماعية موضوعة من وجهات نظر علاجية و تشكيلها علاجياً بشكل هادف.

وكذلك تلك الشروط والنشاطات التي لا تحقق أغراضاً علاجية بشكل مباشر،

يفترض أن يتم التمكن من إظهارها في المستشفى النفسي العلاجي في مضامينها السيكودينامية و فهمها. أما نقاط التركيز النفسية العلاجية و الإمكانات التي يقدمها المستشفى المتخصص فيتعلق من بين أشياء أخرى بشروط الإطار المؤسساتية. الأقسام الإكلينيكية الأصغر بعدد قليل من الأسرة تعمل على الغالب من خلال تنظيم علاجي محدد؛ فيتم استخدام نفس الأسلوب العلاجي مع كل مريض. في الأقسام العلاجية الأكبر بالمقابل فإنه من الممكن تعيير التنظيم العلاجي فردياً حسب المريض الفرد واضطرابه النوعي.

يجرى العلاج النفساني المركزي (الترقيدي) في الأقسام المختصة في المستشفيات العامة و المستشفيات الجامعية وفي المستشفيات العلاجية النفسانية المختصة. بالإضافة إلى ذلك يتم تقديم معالجات نفسية علاجية ونفسية جسدية في كثير من مستشفيات إعادة التأهيل كإجراء وقائي و إعادة تأهيلي. ولا بد للعلاج النفسي الترقيدي الذي يجري في مستشفيات الطب النفسي أن يتلاءم مع المطالب الخاصة، المطلوبة من العلاج النفساني للمرضى نفسياً في إطار العناية بالمرضى. ويتطلب **العلاج النفساني المركزي (الترقيدي) للأطفال واليافعين** تنظيماً علاجياً خاصاً، يأخذ بعين الاعتبار الشروط المتعلقة بالسن والنمو للمريض اليافع (Streeck-Fiscger,1995). ولا يحتاج الأطفال واليافعين المضطربين نفسياً وجسدياً أكثر من المرضى الراشدين في العلاج المركزي (الترقيدي) إلى مجال علاج مصمم بشكل علاجي نفسي فحسب وإنما في الوقت نفسه مجال حركة وخبرات اجتماعية "واقعي"، يجمعون فيه خبرات اجتماعية متناسبة مع سنهم ونموهم و يستطيعون أن يختبروا أنفسهم فيه.

الإرشاد

يتم تقديم الإرشاد المصمم بشكل تحليلي نفساني في العيادات العلاجية وفي المؤسسات الإكلينيكية، بالإضافة إلى المؤسسات المتخصصة التي تحتوي على موظفين مؤهلين بشكل مناسب.

يتطلب تقديم الإرشاد على أساس تحليلي نفساني أو علم نفس أعماقي خبرات إكلينيكية واسعة. وهذا ينطبق على الأقل إذا ما فهمنا الإرشاد ليس مجرد جلسة أو محادثة يقدم فيها المرشد معلومات لمستشيريه، إنما تتم فيها مراعاة المظاهر النفسية الديناميكية للمشكلة التي يلجأ المسترشد بسببها للإرشاد ومراعاة كذلك علاقة المرشد بالمسترشد. وفي مثل هذه الحال لابد أن يكون المرشد قادراً على التعرف خلال وقت قصير و على أساس المعلومات الضئيلة على المحددات المتعلقة بالصراع لموضوع الإرشاد. وفي الوقت نفسه عليه أن يقاوم إغراء أن يورط المسترشد الباحث عن المساعدة في عملية نكوصية التي قد تكون مفيدة لعملية علاجية ولكنها ليست مفيدة للإرشاد، طالما لا تتوفر شروط الإطار الملائمة لذلك.

ومن النادر أن تتم المسائل النظرية و العملية للإرشاد المتجه اتجاهاً تحليلياً مشكل خاص من التدخل من منظور تخصصي. وعلى الرغم من أن الإرشاد على أساس تحليلي نفساني هو مجال تطبيق صعب و مهم فإنه لا يتم تقديره كثيراً لا مادياً و معنوياً، وربما يكون هذا السبب هو الذي يجعل هذا الموضوع في الدوائر المتخصصة لا يلقى الكثير من الاهتمام.

أساليب العلاج غير التحليلي النفساني غير اللفظية

غالباً ما يتم استخدام أساليب العلاج ذات التوجه التحليلي النفساني التي تعمل بشكل أساسي بوسائل غير لفظية في إطار العلاج النفساني المركزي (الترقيدي) والجزئي، كجزء من تنظيم العلاج الممارس هناك. وغالبية الأقسام المركزية تستخدم أساليب علاجية جشطلطية وما يسمى علاجية جسمية في مبادئها العلاجية متعددة الأبعاد، وكذلك العلاج بالموسيقى. وهناك طرق أخرى غير لفظية أقل انتشاراً و تعكس أحياناً قناعات خاصة سائدة في المؤسسة، وأحياناً إيديولوجيات.

والعلاج الجشطلطي المتجه اتجاهاً تحليلياً نفسياً هو عبارة عن أسلوب يعمل بوسائل تصويرية جشطلطية (Schrode,1995). في الجشطلط (التشكيل) العفوي الحدسي

يمكن للمريض أن ينكص بشكل مضبوط و محدود. في التشكيل يتم التعبير عن خبرات وهوامات ومشاعر غير شعورية ومصدودة يتم التقاطها من المعالج و مناقشتها بالتعاون مع المريض في حوار ختامي. وبالنسبة للمرضى الذين لا يستطيعون إما على أساس النوع الخاص لمرضهم أو على أساس سن نموهم أو مشاعرهم أو رغباتهم أو هواماتهم التعبير لفظياً-رمزياً بشكل كاف (Boenner,1991) فإن إمكانية التمكن من التمثيل أو العرض بوسائل غير لفظية مهمة بشكل خاص. ويستخدم العلاج الجشطلطي كجزء من تنظيم علاج مركزي سواء كعلاج فردي أو ضمن المجموعة. في المجموعة يستطيع المريض الفرد مقارنة طريقته بالخبرة و بمساعدة استجابات و إجابات المرضى الآخرين الوصول إلى خبرات انفعالية تصحيحية.

كذلك ما يسمى **بالأساليب العلاجية الجسمية** فإنها غالباً ما تستخدم في إطار العلاجات النفسية العلاجية المركزية. وتستخدم تسمية "العلاج الجسدي" لمجموعة من الأساليب غير المتجانسة، التي لا تحقق إلا جزئياً المعايير التخصصية. و بمقدار ما يتعلق الأمر بأساليب كفؤة فإنه يتم استخدامها في العلاج النفساني المركزي (الترقيدي) مع أساليب أخرى بعد موائمتها على المرضى. عندئذ يصبح الأسلوب جزءاً مهماً و لا يمكن الاستغناء عنه لمعالجة المرضى نفسياً و نفسياً جسدياً. وتشبه بعض الأساليب العلاجية الجسدية بعضها في أنها توجه إدراكات و انتباه المريض على جسده وتعلمه تحسس الخبرات المخزنة بوصفها بقايا جسدية في وضعية جسده وحركاته (Braehler,1986). ولدى بعض المرضى على سبيل بمرض نفسي جسدي شديد فإنه من غير الممكن في بعض الأحيان العمل بأساليب علاجية لفظية، في حين أنه يمكن من خلال الأساليب العلاجية الجسدية فتح مدخل نفسي علاجي إليهم. ومن بين أغلب المعالجات المركزية ذات الاتجاه التحليلي النفساني المستخدمة على سبيل المثال العلاج التركيزي بالحركة، والاسترخاء الوظيفي وطريقة فيلدنكرايس Feldenkrais، وطريقة التنشيط اللطيف Eutonie، و رياضة التنفس. . الخ.

في **العلاج بالموسيقى** فإن الوسيلة و الأشكال هي الموسيقى، حيث يتم استخدامها

علاجياً كوسيط للتعبير غير اللفظي والتواصل غير اللفظي ما قبل الرمزي (Smeijsters, 1993) . وحسب شكل استخدام العلاج بالموسيقى يتصرف المريض بشكل متلق للوسيط الموسيقى أو يعبر بشكل فاعل عن نفسه من خلال إنتاجه للموسيقى. وفي الشكل الاستقبالي للعلاج بالموسيقى يتم استخدام الاسترخاء النفسي والجسدي الذي يمكن أن يترافق بالإنصات للموسيقى. وهنا يمكن أن يحتل التأثير الجسدي مركز الصدارة أو يتم إقامة ارتباط بالعلاج الكاشف للصراع، من خلال استخدام الخبرات الاستقبالية للموسيقى في الحوار اللفظي الحاصل بعد ذلك. بالمقابل يحتل في الشكل الإنتاجي للعلاج بالموسيقى التعبير التواصلي بمساعدة الوسائل الموسيقية مركز الصدارة. وهنا تصبح الموسيقى من خلال إمكاناتها الصوتية و الإيقاعية وسيط تواصلي –في العلاج الفردي بين المريض و المعالج وفي العلاج بالمجموعة بين كل أفراد المجموعة، المشاركين في تشكيل العملية الموسيقية.

أساليب العلاج التحليلي النفساني في الضمان الطبي

تطورت أساليب العلاج التحليلي النفساني و الأساليب العلاجية المشتقة منها قسم خارج الطب وجزء على هامش الطب. وبالنسبة للطب كان دائماً لا يمكن تصور المرض إلا بوصفه عبارة عن تغيرات جسدية، نشأ –إذا لم يكن يعتبر مرضاً ولادياً، إما على أساس تطورات سمية أو رضية أو عدوى. ومن كان يعالج المرضى بالوسائل النفسية كان ينظر إليه بأنه إما يتعامل مع بشر غير مرضى بالفعل أو أنه يستخدم في علاجهم وسائل من دون أي تأثير علاجي. و عندما تم برهان بأن المرضى بأمراض عصابية ونفسية جسدية، الذين خضعوا لمعالجة متخصصة كفؤة بالعلاج النفساني التحليلي، قد أصبحوا أقل مرضاً من الناحية الجسدية و بالتالي انخفضت تكاليف مراجعة الأطباء و الأدوية و الإقامة في المستشفيات تم إدخال العلاج النفساني ضمن التأمين الطبي. و من ضمن طيف الخدمات العلاجية النفسانية المشمول بالضمان الصحي يعد اليوم العلاج

النفساني التحليلي و العلاج النفساني القائم على أساس علم نفس الأعماق للراشدين و للأطفال واليافعين إلى جانب العلاج السلوكي و الخدمات العلاجية النفسانية التي يقدمها الأطباء في إطار الرعاية النفسية الجسدية الأساسية.

ليست كل أساليب العلاج التحليلية النفسية واردة في دليل خدمات الضمان الطبي القانوني. وهكذا فلم يتم إدخال التحليل النفسي التقليدي ذي التكرار العالي غير المحدود في مدته مسبقاً من صناديق الضمان الصحي. وكذلك أساليب العلاج الزوجي والأسري أو الإرشاد لا يمكن احتسابها على الضمان الصحي إلا في الحالات الاستثنائية.

وقد تم تنظيم دليل الخدمات العلاجية النفسانية للضمان الصحي القانوني فيما يسمى بتعليمات-العلاج النفساني ويشمل أساليب العلاج التحليلي النفساني المذكورة في جدول (5).

جدول (5): أساليب العلاج التحليلية النفسية في الضمان الصحي القانوني (طبقاً لتعليمات العلاج النفساني
• **العلاج التحليلي النفساني** • **المعالجات النفسية القائمة على أساس علم نفس الأعماق بأشكالها الخاصة:** **- العلاج النفساني قصير الأمد،** **- العلاج البؤري،** **- العلاج النفساني الديناميكي** **- العلاج منخفض التكرار في مدة طويلة، للحفاظ على العلاقة العلاجية(خبرة الصورة بالتخيل** Katathymus Image experience)

ويمكن أن يتم إجراء هذه الأساليب العلاجية في إطار الضمان الصحي لدى الراشدين و الأطفال واليافعين سواء في صيغة علاج فردي أم في العلاج بالمجموعة. وعلى الرغم أنه لم يتم في تعليمات العلاج النفساني ذكر كل الأشكال العلاجية، فإنه يمكن للعلاج النفسي التحليلي أن يجرى كعلاج قصير الأمد و علاج بؤري.

أما مدة الخدمات المحددة من صناديق الضمان الصحي القانوني فهي محدودة في كل الأساليب (جدول 6).

غير أنه في التحديد المنظم بشكل صارم للخدمات بالنسبة للعلاج التحليلي النفساني تنعكس بقايا التحفظات في الطب تجاه هذا التخصص، إذ لا توجد في أي مجال في الطب قواعد مشابهة لما هو عليه الأمر هنا.

جدول (6): مدة الخدمات المقبولة في الضمان الصحي القانوني لأساليب العلاج النفساني التحليلي

العلاج النفساني قصير الأمد:	**25 ساعة (في الجلسة لنصف ساعة 50 ساعة)**
العلاج النفساني التحليلي:	**160 ساعة، وفي حالات خاصة حتى 240 ساعة، أقصى حد 300.**
العلاج النفساني التحليلي في المجموعة.	**80 ساعة مزدوجة، في حالات خاصة 120، الحد الأعلى 150 ساعة مزدوجة.**
العلاج النفساني التحليلي للأطفال واليافعين	**50 ساعة (اليافعين 60 ساعة)، وفي حالات خاصة حتى 90 ساعة (اليافعين حتى 120 ساعة)، الحد الأعلى 150 ساعة (اليافعين 180 ساعة).** **-كعلاج ضمن المجموعة**

	40 ساعة مزدوجة (اليافعين 40 ساعة مزدوجة)، في حالات خاصة حتى 60 ساعة مزدوجة (اليافعين حتى 60 ساعة مزدوجة)، الحد الأعلى 90 ساعة مزدوجة (اليافعين 90 ساعة مزدوجة).
العلاج الفردي القائم على أساس علم نفس الأعماق	**50 ساعة، في حالات خاصة حتى 80 ساعة، الحد الأعلى 100 ساعة.** **- كعلاج ضمن المجموعة** **40 ساعة مزدوجة، وفي حالات خاصة حتى 60 ساعة مزدوجة، الحد الأعلى 80 ساعة مزدوجة.**

وينبغي تقديم طلب قبل بدء العلاج يتضمن تبريرات مفصلة للعلاجات النفسية التحليلية و العلم نفس أعماقية لدى صندوق الضمان الصحي في المعالجات التي سيتم تمويلها من الضمان الصحي القانوني؛ ويتم اختبار الطلب المغفل من قبل الرابطة الاتحادية لأطباء صناديق الضمان الصحي، ويتخذ القرار فيما إذا كان العلاج "ضرورياً، ومفيداً و اقتصادياً". ومن بين أساليب العلاج القائمة على أساس علم نفس الأعماق تم في تعليمات العلاج النفساني بالإضافة إلى ذلك إدراج العلاج منخفض التكرار في علاج طويل الأمد للحفاظ على العلاقة العلاجية، والعلاج الديناميكي حسب دورسن Duehrssen و –فقط في حالات فردية خاصة وبشكل خاص التي يجب تبريرها و فقط القابلة للاستخدام لإكمال أساليب العلاج اللفظي- خبرة الصورة بالتخيل Katathymus Image experience. ويتصف العلاج النفساني الديناميكي ضمن أمور أخرى من خلال التكرار المتنوع جداً و المتلائم في كل مرة مع الحالة الفردية و يأخذ بعين

الاعتبار الاستقرار الاجتماعي و تلاؤم المريض مع ظروفه الخارجية.

ويتم إجراء العلاج منخفض التكرار بشكل متنوع كذلك وضمن ظروف بتكرار منخفض (حتى الجلسة في الشهر)؛ ويمكن تنصيف مدة الجلسة الواحدة كما هو الحال في العلاج النفساني قصير الأمد بهدف إطالة مدة العلاج الكلي و تتم إطالة العلاج طبقاً لذلك. و الإجراء مفيد بشكل خاص لدى مرضى بصور مرضية مزمنة وباضطرابات بنيوية شديدة ويمكن استخدامه بهدف إعادة الدمج الاجتماعي للمريض.

خبرة الصورة بالتخيل Katathymus Image experience (Launer,1985)، هي عبارة عن ما يسمى بالأساليب التصويرية Imaginativeو يمكن استخدامها كإكمال للعلاج اللفظي ولكن ليس كأسلوب مستقل.

الباب الرابع
العلاج السلوكي

الباب الربع
الفصل التاسع

العلاج السلوكي

Hans Reinecker

أسس وتطور العلاج السلوكي

يمكن اعتبار العلاج السلوكي تخصصاً علمياً شاباً؛ ويمكننا الحديث عن تطور مستمر له منذ حوالي نهاية الخمسينيات. أما أولى المبادئ فيمكن أن نجدها منذ بداية القرن العشرين، ويمكن تتبع وجود مبادئ متفرقة وقصصية إلى زمن بعيد جداً.

نبذة تاريخية ووصف العلاج السلوكي

بدأ التأسيس المستمر المشار إليه في إنكلترا و جنوب أفريقيا و الولايات المتحدة الأمريكية في الوقت نفسه. ففي **إنجلترا** كان هناك بداية آيزينك Eysenck (1959 & 1960، الذي استخلص المبادئ والتعديلات النظرية التعلمية للاضطرابات النفسية. وبفضله أصبح العلاج السلوكي في مستشفى ماودسلي Maudsley في لندن واسع التأثير. وإلى جانب ذلك لا بد من ذكر شابيرو M. B. Shapiro (1961, 1963) الذي اعتبر أن العلاج السلوكي ليسفي استخدام أو تطبيق لنظريات الخاصة وإنما اعتبره بمرتبة المدخل النفسي و في تطبيق هذه المعرفة على **الحالة الفردية**. وفي **جنوب أفريقيا** استخدم ولبي Wolpe (1958) مبادئ الإشراط (وبشكل خاص استناداً إلى إيفان بافلوف I. P. Pawlow أو هل C. Hull في علاج اضطرابات المخاوف المرضية؛ وأصبحت طريقة

خفض الحساسية المنتظم التي طورها هو أو العاملين معه (لازاروس وراخمان Lazarus & Rachman وآخرين) أنموذجاً للطريقة العلاجية السلوكية وللإجراء المبدئي (بالتدريج) و المعير حسب الظروف الفردية في كل العلاج السلوكي.

وفي **الولايات المتحدة الأمريكية** فإنه على الرغم من أن تطور التحليل السلوكي قد انطلق من أعمال سكنر Skiner (1953) حول التعلم الإجرائي؛ فإن مبدأ **التحليل الوظيفي للسلوك الإنساني** الذي يرجع إلى سكنر، قد أصبح بالنسبة لتحليل السلوك الذي سمي لاحقاً (تشخيص السلوك) مهماً جداً (Kanfer & Saslow, 1965). إلا أنه بالتحديد هنا يصعب الحديث عن تطور موحد. فهناك كتابان، أحدهما لأولمان و الثاني لكراسنر Ullmann & Krasner، بعنوان "دراسة حالات في تعديل السلوك Case Studies in Behavior Modification (1965) أو "مقاربة نفسية في السلوك الشاذ" "A Psychological Approach to Abnormal Behavior" في عام 1969 يعدان مميزان للمدخل العلم نفسي الإكلينيكي. كما تم في عام 1966 تأسيس الجمعية الأمريكية للعلاج السلوكيAmerican Association for Behavior Therapy التي يرمز لها اختصاراً AABT، وفي عام 1978 حدث توصيف للعلاج السلوكي من خلال فرانكس و ويلسون Franks & Wilsn: "يتضمن العلاج السلوكي بشكل أساسي استخدام المبادئ، التي تم تطويرها في أبحاث علم النفس التجريبي و الاجتماعي؛ ويهدف إلى تخفيض المعاناة والتقييدات الإنسانية لقدرات التصرف الإنسانية. ويلقي العلاج السلوكي أهمية على التقويم المنهجي لفاعلية وتطبيق مثل هذه المبادئ. ويتضمن العلاج السلوكي تعديلات المحيط و التفاعل الاجتماعي وأقل تعديل العمليات الجسدية من خلال الحوادث البيولوجية. والهدف هو بشكل أساسي تدريب وتنمية القدرات. وتتيح التقنيات تحكماً أفضل بالذات (Franks & Wilsn,1978,P. 11) . وهذا الوصف و التحديد لوجهات نظر فردية تعد حتى اليوم ملزمة، حتى وإن نجمت مضمونياً بعض وجهات النظر المختلفة (أنظر Schmelzer, 1985). ولابد من رؤية هذه بالدرجة الأولى ضمن سياق تطور لمنظومات التحليل الأساسية للسلوك الإنساني وما يرتبط

بذلك من تصورات حول الصحة والمرض.

فرضيات النموذج: من المثير-الاستجابة إلى نموذج النظام

تحدد الفرضيات النظرية للنموذج حول السلوك الإنساني و شروطها نوع تحليلنا لمجرى السلوك؛ إذ يعد المبدأ القائل: أنه لابد من استخدام مبادئ مجالات العلوم المختلفة من أجل النظر في السلوك الإنساني مبدأ مميزاً جداً للتحليل العلاجي للسلوك. إلا أن هذه المبادئ تمتلك صلاحيتها كذلك بالنسبة للسلوك "السوي" كما هي بالنسبة للسلوك "المرضي" (فرضية الاستمرارية Continuity). أما التحديد متى يمكن اعتبار سلوك ما على أنه "مضطرب" أو "باثولوجي" "أو مرضي" فيتعلق بالسمات التي لا تمس **السلوك** وحده وإنما تتعلق بمظاهر **تقويم** الشخص نفسه أو بتقديرات الأشخاص الآخرين ومن ثم يتعلق بوجهات النظر **المعيارية**.

فإذا ما نظرنا لتطور النظرية السلوكية و العلاج السلوكي، فسنجد نماذج تحليل مختلفة؛ وهنا لابد من مراعاة أنه ولا أي نموذج يدعي بأنه يقدم وصفاً كاملاً أو أساساً كاملاً لتفسير السلوك الإنساني و اضطرابات السلوك الإنساني. وعلينا أن ننطلق من "تيار السلوك الإنساني" (James,1990). فنماذج التحليل الوظيفي تنظر أو تتفحص لأسباب ذرائعية مقطع واحد خاص. وبالنسبة لبافلوف 1927 كان الربط بين المثير والاستجابةS-R (أي شروط المثير و الاستجابة التالية لذلك) هو الأمر الحاسم، أما سكنر 1953 فقد حلل بشكل خاص شروط الاستجابة-المثير R-S، أي انطلق من سمات السلوك وعواقبه؛ فكل تصويرة Schemaمن التحليل تحاول تحديد السمات الأساسية للسلوك وتفصيلها لأغراض التحليل إلى أجزاء منفردة. إلا أنه علينا ألا ننسى هنا أنه لابد من تصور السلوك الإنساني على أنه عبارة عن مجرى مستمر **ودينامي**. أما التطور من التصورات البسيطة للنموذج حتى الفهم الراهن فيمكن عرضه بشكل مختصر على النحو التالي.

في الفهم الأساسي للإشراط التقليدي (Pawlow, 1027)، و إلى حد ما لدى وولبي

(Wolpe,1958) أيضاً كان نموذج تعلم المثير-الاستجابة يمثل الخلفية (شكل 1) كشروط أو ظروف موقفية، وقد اعتبرت المثيرات هي المحددات الفاصلة للسلوك؛ فاتجهت مساعي البحث بالدرجة الأولى نحو سمات المثير Stimuli والارتباط مع سلوك العضويات (على سبيل المثال التمييز، التعميم... الخ)؛ وسرعان ما تم افتراض متغيرات العضوية بمعنى الشروط الخاصة بالنوع و الفرد، بحيث أنه تم توسيع النموذج إلى مثير-عضوية-استجابة S-O-R (أنظر شكل 2).

والسمة الأساسية لهذين النموذجين تكمن في مبدأ المثير-البديل Stimuli-Substitution

ويقصد بهذا حقيقة أنه ليس المثير غير الإشراطي الأساسي UCS هو القادر على استثارة استجابة خاصة، وإنما يمكن أن يعقب ارتباط association بين المواقف المرتبطة زمنيا ومكانياً. ويمكننا استخدام هذا المبدأ الأساسي إلى حد ما حتى اليوم لتفسير نشوء استجابة القلق المرضي (على سبيل المثال عندما تتولى في موقف مرهق مثيرات حيادية بالأصل وظيفة مثير للقلق، من نحو في إطار نشوء واستمرار رهاب المدرسة على سبيل المثال). وحسب هذا النموذج فإن وظيفة العلاج تكمن في إضعاف و فك ارتباط ترابط متعلم(على سبيل المثال من خلال بناء طاقة كبح في خفض الحساسية المنتظمة).

مدخل مختلف كلية لفهم السلوك الإنساني تم من خلال المنظرين الذين يمكن تصنيفهم في مجال الإشراط الإجرائي (أو التعلم الأداتي Instrumental Learning). فحسب سكنر على سبيل المثال (1938 و 1953) الذي استند إلى الأعمال الأقدم لثوريندايك Thorndike, 1898))، يجعلنا نفهم ذخيرة سلوكنا كتعاقب أو تسلسل لاستجابات، تمتلك تأثيراً على المحيط (شكل 3).

وتعد العلاقة، بين سلوك العضوية و شروط النتيجة فاصلة بالنسبة للسلوك والتعلم الإنساني. وعلى الرغم من أن سكنر (1953) يرى كذلك أن الشروط الموقفية تسبق السلوك، إلا أنها تمتلك فقط وظيفة مثير تنبيه تفريقي (S^D) أو (S^Δ)، أي أن لها

وظيفة إظهار أو تبيان أية عواقب ستحدث بالنظر للشروط الخاصة للمثير. وهذا المبدأ الأساسي المعروض في الشكل 3 أصبح عملياً أساس كل طرق التعلم الإجرائي(تم عرض إمكانات التوليف بين عواقب السلوك و التعديلات الناجمة عن ذلك عند عرض طرق العلاج السلوكي، شكل 16).

ومنذ ثلاثينيات القرن العشرين حدث نقاش واسع حول أولوية واحد من مبدأي التعلم المناقشين. وسرعان ما اتضح بالنسبة للميدان العملي للعلاج السلوكي بأنه ليس من الممكن عملياً العمل مع نموذج واحد فقط، بحيث حدث توليف تقاربي (Kanfer & Phillips, 1970, Hearst, 1975)(الشكل 4).

ووفق هذا النموذج تم النظر للسلوك الإنساني على أنه مغروس في شروط مثير (S)، تمارس تأثيرها على السلوك الإنساني من خلال متغيرة (O-variable)، وفي الوقت نفسه يتم توجيه السلوك من خلال عواقبه، مع العلم أن العاقبة تحدث من خلال علاقة احتمالية خاصة أو من خلال جدول تعزيز. وقد لعب هذا النموذج الخطي-التقليدي دوراً بارزاً لتطوير العلاج السلوكي؛ وكنموذج مميز نشير هنا إلى نموذج العاملين لماورير (Mawrer,1947): وطبقاً لهذا النموذج يمكن تفسير **نشوء** القلق (كاستجابة انفعالية مشروطةconditional Emotional Reaction ويرمز لها CER) من خلال الإشراط التقليدي (الارتباط بين المثير الإشراطيCS و المثير غير الإشراطي UCS)، إلا أن **استمرارية** استجابة القلق فيتم تفسيرها من خلال تعلم التجنب الإجرائي (يتم تعزيز الفرد بشكل سلبي باستمرار في استجابته التجنبية [R] من خلال غياب النتيجة المتوقعة [⊄]).

ويمكن عرض نظرية العاملين على النحو المعروض في اشكل (5).

ويمكن اعتبار نموذج نظرية العاملين في بنيته الأساسية على أنه مازال حتى اليوم ذو أهمية: فهو ملائم بشكل خاص لتفسير نشوء و استمرارية المخاوف و بشكل خاص لتوضيح ثبات سلوك التجنب (في الرهابات أو اضطرابات القهر على سبيل المثال).

وتتيح البنية الأساسية إكمالات نظرية مختلفة أيضاً.

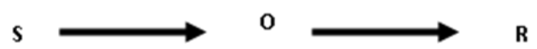
ومن أهم التطويرات اللاحقة أو الإكمالات لهذا النموذج حصلت في النقاط الآتية من ضمن أمور أخرى:

فمن جهة تم تحديد مستويات مختلفة للسلوك الإنساني مقابل بعضها، أي أنه حصل داخل مركب الاستجابة R-Componentالتفريق بين:

- أهمية السلوك القابل للملاحظة،
- الاستجابات الفيزيولوجية (=المستوى المستقل) و
- مجال العمليات الاستعرافية



شكل (1) نموذج تعلم المثير-الاستجابة



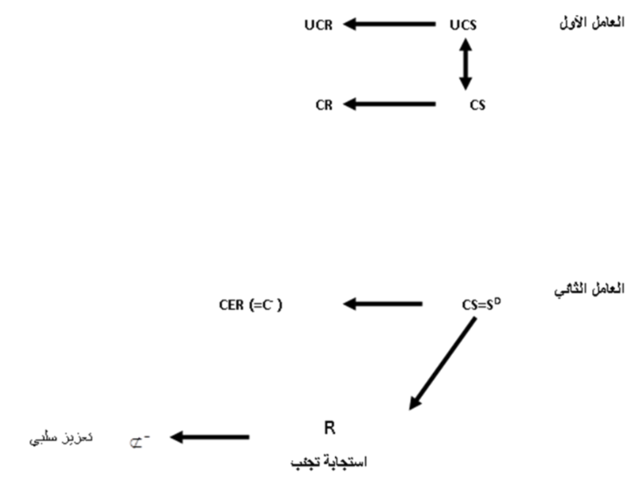
شكل (2): O=متغيرة O (الشروط الخاصة بالنوع و بالفرد)



شكل (3) النموذج الأساسي للتعلم الإجرائي



الشكل (4) النموذج الخطي التقليدي للعلاج السلوكي



شكل (5) نظرية العاملين حسب ماورير (1947)

وهذا الفصل إلى مستويات التحليل المختلفة برهن فائدته وقابليته للاستخدام العلاجي.

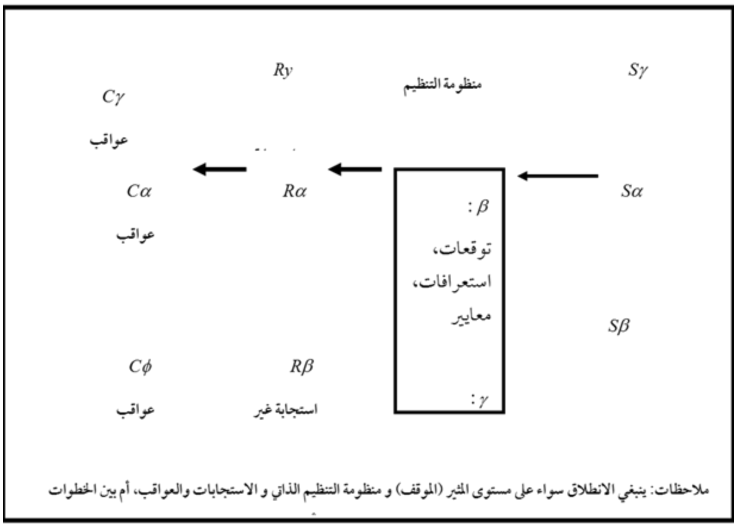
كما حصل تطور آخر في مظهر الديناميكية، أي إرجاع المستويات المختلفة(ـنظر Kanfer, 1971P Kanfer & Karoly,1972): هنا تلعب بشكل خاص وجهات نظر تنظيم الذات (أي ملاحظات السلوك الذاتي، تحديد أو وضع معيار داخلي... الخ) دوراً مختلفاً. كما تم توسيع منظومة التنظيم الذاتي لمظاهر تمثل المعلومات على خلفية بيولوجية و فردية (إيديوغرافيةidiographic). و بهذا تحل محل فرضية العضوية الساكنة و العاملة بشكل خطي.

وبالإضافة إلى ذل كلابد من النظر لسمة التنظيم المتعدد كمجال مهم: المكونات المفردة تتشابك مع بعضها بحيث ينجم أيضاً من محددات السلوك إمكانات تأثير مختلفة؛ وقد اقترح كانفر (1971 و 1977) أو كانفر و شيفت (1987) مصطلحات ضبط $\alpha-\beta-\gamma$. ويقصد بـ α الشروط الخارجية أو شروط المحي، ويقصدبـ β المثيرات المنتجة ذاتياً و بـγ المحددات البيولوجية أو الفيزيولوجية. وعلى خلفية هذه الأفكار

النظرية والتجريبية والإكلينيكية فإننا نذهب اليوم من المنظومة التالية لتحليل السلوك الإنساني (شكل 6).

وفي هذا النموذج سرعان ما نتعرف على مساهمة تاريخية و منهجية لسكنر من جهة وبافلوف من جهة أخرى: و التمايز حصل في مجالات ثلاثة:

1. فصل في متغيرات α و β و γ؛



شكل (6): مبدأ النموذج الديناميكي لتحليل السلوك الإنساني

2. أهمية منظومة التنظيم الذاتي

3. و الرؤية الديناميكية كما تم توضيحها في المجرى من خلال سهم التفاعل وسهم الإرجاع .

1. متغيرات α و β و γ

ليس بالضرورة لهذه المتغيرات أن تكون متطابقة مع **المستويات** الموضحة قبل ذلك،

إلا أنه هناك مجموعة من النقاط المشتركة و التقاطعات. و الفرق الفاصل بتحليل المستوى يكمن في الحال المتمثل في أن الأمر يتعلق هنا **بمحددات Determinants** السلوك الإنساني ("... ... مصادر التأثير... ... sources of influence").

متغيرات- α: الشروط الموقفية الخارجية، ولكن أيضاً السمات القابلة للملاحظة للسلوك، عندما تمثل هي محددات متغيرات أخرى (تابعة إلى حد ما).

مثال: مثيرات المحيط، وكذلك أيضاً بعض الاستجابات الغريبة التي تمثل من الناحية الوظيفية شروط السلوك الإنساني.

متغيرات β: وتشمل العمليات الفكرية المخفية و التي يمكن اعتبارها كذلك مثيرات أو سمات أو عواقب (أي ثانية محددات) مجرى السلوك الإنساني .

مثال: أفكار القهر كمثيرات للسلوك الطقسي؛ الأفكار الاكتئابية-المقللة من القيمة كسمة و كعرض مرافق لأنماط السلوك الاكتئابية؛ التوقعات الإيجابية كوسائط moderatorsللاستجابات المستقبلية... الخ.

متغيرات γ : والمقصود بهذا سواء العتاد الفيزيولوجي والبيولوجي المستمر للإنسان (من نحو السن، الجنس، الشروط الهرمونية...) أم التأثيرات الجسدية الراهنة، من نحو الأدوية، الكحول... الخ. وهذه المتغيرات تشكل كذلك محددات هامة، ،إن لم تكن الوحيدة للسلوك الإنساني في المجرى المستمر.

تكمن وظيفتنا عند تحليل الاضطرابات النفسية في البحث في حالة مستمرة عن **شروط** المجالات الثلاثة للمحددات، وهنا ينبغي أن يكون من الواضح مباشرة أن محدداً وحيداً (المستوى البيولوجي على سبيل المثال) يكاد لا تكفي وحده من أجل فهم مجريات السلوك الإنساني المركبة.

> ♦مثال: كمحددات للنوم المضطرب فإنه لابد من الأخذ سواء شروط على المستوى الخارجى (α: الضجيج، محيط النوم، ضغوطات العمل...)، وعلى المستوى الفكري (β التوقعات، الأفكار، التفكير) وعلى المستوى الجسدي البيولوجى(γ: على سبيل المثال السن، سلوك الطعام، الكحولية، استهلاك الأدوية... الخ) بعين الاعتبار. ♦

2. منظومة التنظيم الذاتي

و تتضمن هذه المنظومة تفصيلاً لمتغيرة-O التي حددها سكنر (1953) إلى حد ما؛ فالشروط الموقفية تستثير السلوك (أي الاستجابة R) ليس بشكل مباشر، وإنما بشكل "وسيط" إلى حد ما.

> ♦مثال: من الممكن أن تستثير قطعة خبز أو حتى قائمة الطعام لدى شخص جائع أو شبعان (متغيرة O ؛ في الاصطلاح المذكور أعلاه **متغيرة** γ) استجابات مختلفة سواء على المستوى الفكري أم على مستوى السلوك أم على المستوى الجسمى. ♦

إذاً في حين أن مراعاة الشروط الجسمية (متغيرات γ) قد تبدو أمراً بديهياً، فإن β كأجزاء من منظومة تنظيم الذات لم تتم مراعاتها إلا مؤخراً و ذلك بشكل خاص كنتيجة للأعمال الأساس لعلم النفس المعرفي.

و متغيرات β في مجال منظومة تنظيم الذات هي متغيرات تاريخ الحياة (كمتغيرات شخصية كامنة) وكذلك الشروط الاستعرافية الراهنة . فالعمليات الفكرية الراهنة و التوقعات و المخاوف... . الخ توجه سلوكنا بدرجة كبيرة. وكمثال يمكن للإنسان في

مجال الحياة اليومية أن يشير إلى ألعاب الحظ، وفي مجال علم النفس المرضي يمكن الإشارة إلى المجال الواسع لاضطرابات القلق: فالمرضى يتجنبون المواقف المختلفة (التسوق، داخل المدينة... الخ، ليس كثيراً بسبب أنهم قد خبروا تضرراً حقيقياً (مستوى α)، وإنما لأنهم **يتوقعون** مثل هذا التضرر.

3. الديناميكية

وتبدو هذه السمة سمة مركزية للنموذج المنظومي لأنه قد تمت مراعاتها من قبل النماذج الخطية الأقدم (على سبيل المثال S-O-R-Contingency connection-C). فحتى **داخل** المتغيرات (على سبيل المثال α **و** β و γ) لا بد من الانطلاق من تفاعل ديناميكي للمحددات المنفردة؛ فحتى الموقف البسيط (على سبيل المثال تناول الطعام) يتضمن عناصر فيزيائية و فكرية وبيولوجية-فيزيولوجية. و التشبيك (إلى حد ما الذي يسير بسرعة كبيرة) للمحددات المنفردة هو الذي يقود أولاً إلى استجابات أخرى. وعلينا أن نتصور نفس التركيبة الديناميكية في كل العناصر الأخرى لنموذج المنظومة.

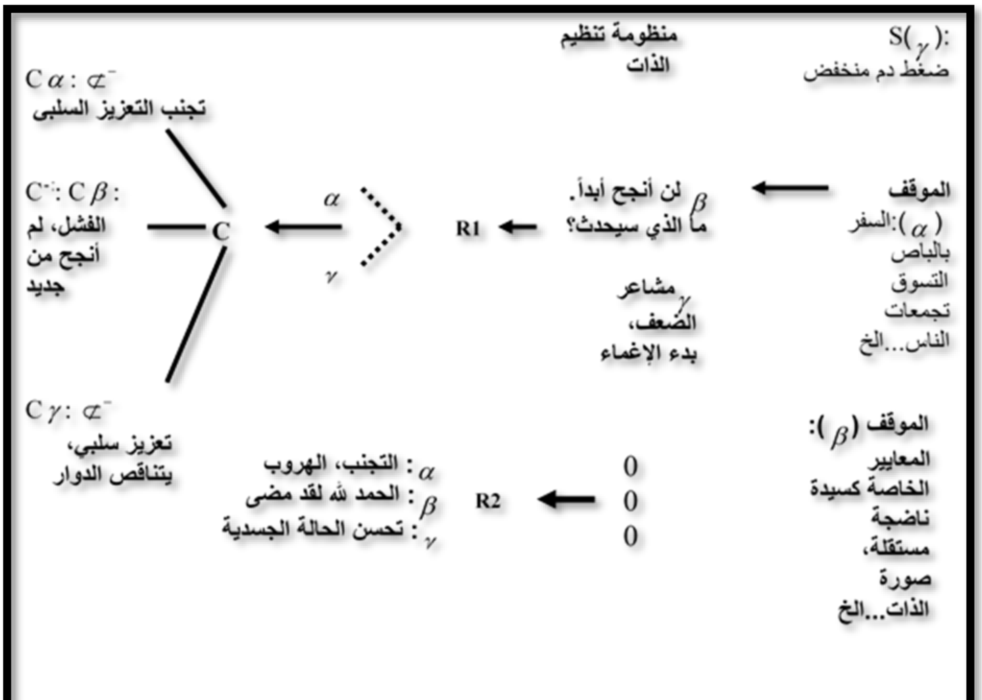
وكذلك لابد من الانطلاق من عمليات التفاعل والإرجاع بين **المتغيرات** المنفردة الأخرى، وهو ما يبرر أولاً التسمية كنموذج منظومي. فنحن نبني على سبيل المثال **توقعات استباقية** فيما يتعلق بالعواقب المحتملة للمواقف و أنماط السلوك (قارن Bandora,1977)؛ فعواقب السلوك الراهن تشكل إرجاعاً تصحيحياً سواء على سلوكنا أم على معاييرنا و توقعاتنا.

وهنا تبدو أخيراً الإشارة مهمة إلى أنه لم يتم إدخال العناصر المنفردة من أجل توسيع التعقيد؛ بل هي تفيد كضريبة لمراعاة النتائج من مجال علم النفس ككل. بالإضافة إلى ذلك لابد من التأكيد على أنه في الحالة الملموسة من الممكن بل ويجب القول أنه من خلال تبسيط **تخفيض التعقيد** فإن نموذج المنظومة يفيد كنوع من النموذج البعدي Meta-model، كخلفية للتصرف الملموس وإلى حد ما لتشبيك التصرف العلاجي المنتظر في مواقف محددة.

ويمكن لهذه النموذج أن يستخدم لتحليل السلوك (الباثولوجي)، حيث ينبغي فهمه على أنه مستقر التحليل (أنظر أيضاً فقرة: تحليل السلوك). ومن أجل التوضيح تم ذكر مثال حول مريضة تعاني منذ سنوات من شكاوى رهاب الأماكن العامة و التي لجأت إلينا من أجل العلاج (الشكل 7).

♦ لم يتم تطوير نموذج المنظومة من أجل رفع تعقيد العرض– بالعكس: النماذج البسيطة تبدو مثالية لتحليل الموضوع المعقد. وتطوير النموذج يتم بشكل خاص بسبب:

1. الضرورات الإكلينيكية و التجريبية و النظرية، ومن أجل أخذ تعقيد السلوك الإنساني بعين الاعتبار،
2. ومن أجل تحقيق التبسيط، من أجل أن يظل النموذج قابلاً للاستخدام. بالإضافة إلى ذلك لا بد من التأكيد على أنه في هذا النموذج يتعلق الأمر أيضاً بنموذج مرن و واضح في تحليل السلوك، يظل مفتوحاً من أجل التطوير والتوسيع (حول مفهوم المنظومة System أنظر G. E. Schwarz,1982). ♦



شكل (7): مثال حول تطبيق نموذج المنظومة

أعمدة العلاج السلوكي

يشكل العلاج السلوكي اليوم مجالاً واسعاً من مجالات علم النفس الإكلينيكي؛ وهذا ينطبق على أسس أبحاث العلاج و كذلك على مجال الرعاية العلاجية النفسانية. ويحمل هذا الانتشار الواسع في طياته ما مفاده أن العلاج السلوكي قد تفتت إلى فروع تخصصية إلى درجة أنه يوجد متخصصين لكل مجال من المجالات المنفردة وبأنه من الصعب على الفرد أن يحيط بكامل مجال العلاج السلوكي ككل. واستناداً إلى الوصف أعلاه للعلاج السلوكي سوف نذكر فقط وجهات نظر مركزية، و التي يمكن تسميتها استناداً إلى ويلسون وفرانكس Wilson & Franks,1982 "أعمدة العلاج السلوكي". وهي هنا:

1. مظهر التحليل الوظيفي،
2. مجال نظريات التعلم التقليدية والحديثة،
3. مجال العلاج السلوكي الاستعرافي،
4. مجالات استخدام العلاج السلوكي في مجال الاضطرابات السيكوسوماتية، كما يظهر هذا في تصور "الطب السلوكي" واضحاً،
5. مجال المنهجية والذي سوف نشير إليه هنا باختصار.

1. التحليل الوظيفي

يمكن وصف التحليل الوظيفي بأنه محاولة لوصف شكاوى شخص ما من وجهة النظر النفسية بوصفها "مشكلة"؛ ويتم هذا الوصف على مستويات عدة. وعلى عكس النموذج الطبي للاضطرابات النفسية لا تتم محاولة تحديد ما يسمى بأسباب المشكلة، لأن أسباب المشكلة النفسية غالباً ما تكون واقعة بعيداً في الماضي منذ فترة طويلة و لأسباب علمية قلما نستطيع استعادتها بصورة مناسبة.

ويشبه التصور المتبنى للتحليل الوظيفي في العلاج السلوكي فهم "الأسباب" وهو يقصد بذلك **الشروط** السابقة و المرافقة و التالية، التي يقود تعديلها إلى تعديل المشكلة. وسنقوم بتوضيح ذلك من خلال عرض المشكلة التالية (الشكل 8).

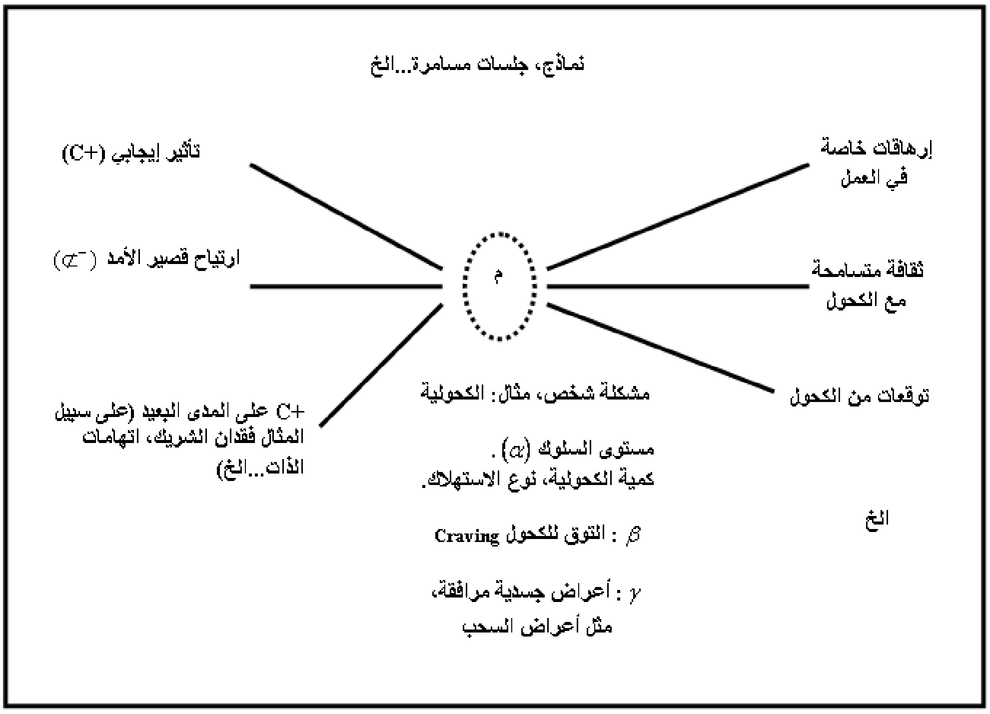
و يهدف شكل (8) إلى توضيح مبدأ التحليل الوظيفي على اعتبار أن الأمر يتعلق بشكل خاص بتحديد **الشروط** المركزية التي يمكن أن تتحول في السياق العلاجي إلى نقاط ارتكاز التعديل. وبالطبع فإن تحليل السلوك لم يحدد أسباب مشكلة الكحولية لشخص ما؛ إلا أننا حددنا مجموعة من الشروط (من نحو الضغوط في العمل؛ مواقف الضغط الأسري... على سبيل المثال)، التي يمكن لتعديلها أن يقود إلى تعديل المشكلة.

وبسبب **تعقيد** الإحاطة الوظيفية بالمشكلة و بسبب حقيقة أن التأثير غالباً مالا يكون تأثيراً خطياً فعلينا ألا نتصور التعديلات العلاجية بسهولة. إلا أنه من خلال المبدأ

المعروض والمثال لابد وأن يتضح بشكل كبير بأن العلاج السلوكي لا يعني بأي شكل من الأشكال تعديل مشكلة ما بشكل "مباشر"(كما يسمى غالباً "علاج الأعراض"): فمن وجهة النظر العلاجية السلوكية فإنه لا يمكن على الإطلاق معالجة مشكلة ما بشكل "مباشر" (أو حتى "التغلب عليها"- فالعلاج السلوكي يتضمن في جوهره تعديل لتلك الشروط التي تحافظ على استمرارية المشكلة؛ وهذه من الممكن أن تكون شروطاً مختلفة كلية عن تلك المسؤولة عن منشأ المشكلة.

ويظهر التحليل الوظيفي الناتج بشكل واضح كلية ما هي النقاط الممكن فيها التعديل و ما هي النقاط التي يصطدم فيها التعديل بحدوده، وهذه الحدود قد تكون واقعة خارج إمكانات تأثير الفرد (من نحو الشروط الخاصة بالعمل؛ حقيقة الانتشار الثقافي للكحول... الخ على سبيل المثال). وتكمن قيمة التحليل الوظيفي بشكل خاص في أنه يعطينا أيضاً **مستويات** التدخل اللازم على الأقل مبدئياً: وهذه المستويات من الممكن أن تكون كامنة في المجال النفسي، إلا أن هذا ليس بالضرورة –بل على العكس: ففي كثير من الحالات نصطدم مع التأثيرات النفسية هناك على الحدود التي لا تكون فيها التعديلات النفسية لازمة بل التغيرات السياسية و القانونية والاجتماعية والاقتصادية. وبالنتيجة فإن المرء في العلاج السلوكي يتجاوز مجال المبادئ النفسية بوصفها مبادئ علم نفس الجماعات أو علم النفس الاجتماعي أو المبادئ السياسية أو الوقائية إلى المجالات الأساسية لإجراء بين تخصصي interdisciplinary.

وبالطبع فإنه يفترض أن يكون داخل الرؤية الوظيفية (أو التحليل التطبيقي للسلوك Applied Behavior Analysis) [ABA] Sidman,1969;Baer,1882 ممكناً أن يؤخذ بعين الاعتبار بالنسبة لتحليل وتعديل مشكلة نوعية في العادة الشروط المختلفة- ومن ثم وجوب تعديلها. وهذا يتطابق أيضاً مع الرؤية متعددة الأبعاد المتبناة في نموذج المنظومة لشفارتس(Schwarz,1982)للمشكلة النفسية و شروطها (أنظر أيضاً الطب السلوكي).



شكل (8) توضيح مبدأ التحليل الوظيفي من خلال مثال حول الكحولية

2. نظرية التعلم التقليدية و الحديثة

يتصف السلوك الإنساني من بين ما يتصف به بأنه ليس محدداً وراثياً أو غريزياً فقط، وإنما هو مرن بدرجة كبيرة تجاه التغيرات في المحيط. وهذه المرونة للسلوك تطلق عليها عموماً تسمية القدرة على **التعلم**. وعلى نظريات العلاج بالتحديد أن تأخذ هذه المرونة في السلوك الإنساني بعين الاعتبار. والعلاج السلوكي استرشد منذ البداية بالنماذج المختلفة للتعلم. و من وجهة النظر الراهنة يبدو واضحاً أنه على الإنسان أن يأخذ بعين الاعتبار بالنسبة للتعلم الإنساني **مستويات** مختلفة؛ فبالنسبة لنشوء الاضطرابات النفسية و كذلك بالنسبة للعلاج تلعب عمليات التعلم دوراً، يمكن تصنيفها حسب المجالات التالية:

- النماذج النظرية للترابط (الربطية) association theoretical Models(بافلوف، 1927، غيثري1935 Guthrie). و تفيد هذه النماذج في تفسير بديل الاستثارة Stimulus Substitution، على سبيل المثال في تفسير نشوء اضطرابات القلق و لكن أيضاً لتفسير عمليات التعلم الاستنباهية interceptive... الخ.
- نماذج التعلم من خلال العواقب (سكنر، 1983، 1969،1953). يتم توجيه السلوك بدرجة كبيرة من خلال تلك العواقب التي تعقب السلوك بشكل مباشر في المحيط؛ و تمتلك شروط التعلم الإجرائي\الوسيلي على سبيل المثال فيما يسمى بالسلوك المرضي أهمية خاصة (Broda & Muthny,1990).
- عمليات التعلم بالنموذج (Bandora, 1969; Rosenthal,1982). من خلال الملاحظة يمكن لعمليات التعلم-وبشكل خاص في أنماط السلوك المركبة-أن تسير بشكل سريع وفاعل. المثال النموذجي في السياق العلاجي هو الفائدة الناجمة عن تأثيرات النموذج في(تمرين الثقة بالنفس) في المجموعة العلاجية (Grawe,1980, Fielder,1995). وفي هذا النموذج لابد من الإشارة أيضاً إلى ما يسمى بنظرية التعلم الاجتماعي (Bandora,1977).
- نظرية التعلم المعرفي (Tolman, 1932, Rescorla,1988). وتصف هذه النظريات عمليات التعلم، التي تعتبر بالنسبة للتعلم الإنساني خاصة ومميزة كلية؛ عمليات التوقع وبناء الرموز و الذاكرة و بناء القواعد تلعب هنا دوراً مميزاً. ومن بين ذلك كذلك التعلم من خلال تجهيز وتوصيل المعلومات (Rachman,1990).

تقوم النماذج المنفردة للتعلم على بعضها و يفترض ألا يتم فصلها عن بعضها بصورة صارمة. إن تطور نماذج التعلم قد وصل في هذا الوقت إلى درجة عالية من التمايز و التعقيد، تصعب فيها الإحاطة به. ومن المنظور الراهن يفترض أن يكون من غير المسموح به الحديث عن "نظرية بسيطة في التعلم".

3. العلاج السلوكي الاستعرافي

يصف العلاج السلوكي الاستعرافي ذلك الميدان من العلاج الأساليب العلاجية التي تلعب فيها وجهات نظر تمثل المعلومات و الذاكرة ... الخ دوراً حاسماً (Meichenbaum & Cameron,1982, Dobson, 1990, Hawton. , Salkovskis,Kirk & Clark,1989). ويستند العلاج السلوكي الاستعرافي في أسسه على مجالين اثنين:

- الجانب الأول هو جانب نظرية التعلم المعرفية، بالشكل الذي تطرقنا له في النقطة السابقة. وما يميز المبادئ العلاجية هو وجهة النظر القائلة: إنه بالنسبة لمظاهر التعلم لابد لنا إلا وأن نراعي دائماً السمات الاستعرافية (من نحو التوقع) أيضاً. ويبدو أن هذا قد تحقق اليوم في العلاج السلوكي بشكل كبير جداً.
- المجال الثاني نشير إلى سلسلة من الطرق العلاجية التي تطلق على نفسها "العلاج الاستعرافي" (Meichenbaum,1977, Beck 1979, Ellis,1973). وقد تم التعرض لهذه الأساليب منفردة في فقرة طرق تدخل العلاج السلوكي.

ومن وجهة النظر الراهنة يبدو أن الفصل الصارم بين العلاج السلوكي التقليدي من جهة والعلاج الاستعرافي من جهة أخرى لم يعد مفيد، ولهذا فإن التسمية العلاج السلوكي الاستعرافي –كعمود مهم للعلاج السلوكي– هو أمر بديهي. فمنذ عدد من السنين كان قد ترسخ هذا التشبيك بين المظاهر السلوكية والاستعرافية: فباندورا (1977) على سبيل المثال قد أكد على أن طرق التعديل تسير بشكل مثالي على المستوى السلوكي، في حين أن **عمليات** التعديل تتضمن مظاهر استعرافية مركزية (على سبيل المثال تعديل التقويمات و الاتجاهات و التوقعات. . الخ، Mahoney,1990). والأمر نفسه عبر عنه كل من ماهوني و كازدين (Mahoney & Kazdin,1979) ، اللذان منحا الطرق ذات التوجه السلوكي كفاءة خاصة لتنشيط وتعديل العمليات الاستعرافية.

في بناء العلاج السلوكي "التقليدي" يمكن في "العلاج السلوكي الاستعرافي" أن نرى تطور لاحق مهم من حيث أنه يلقي قيمة خاصة في العملية العلاجية على مظاهر

شفافية الإجراء (نموذج المعقولية Plausible Model) وعلى وجهات نظر حل المشكلات الفاعل والديناميكي مع هدف السعي نحو تحقيق تعديلات مرغوبة للمريض. ويتيح العلاج إمكانية لتعلم جديد في إطار رابطة عمل تعاونية بين المريض والمعالج: وبالتالي فإن القرب من العلاج "كإدارة ذاتية" ممكن (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1996).

♦ مثال: من الصعب إحداث التغيرات اللازمة في نمط التمثل الاستعرافي في إطار علاج الاكتئاب (الإدراك الانتقائى، عمليات العزو... الخ من خلال العمل بالطرق الاستعرافية لوحدها. وقد برهن مظهر التمرين و التجريب و الخبرة الجديدة للعواقب الواقعية للسلوك الجديد فاعليته في تعديل العمليات المعرفية. ومن جهة أخرى ومن أجل استقرارا التعديلات فإن تشكيل نمط تعلم استعرافي ثابت أمر حاسم، يتضح من خلاله بشكل خاص تشبيك لكلا المظهرين. وسوف نكتفى هنا بالإشارة فقط إلى الدرجة العالية من التأصيل والإثبات للطرق الاستعرافية-العلاجية السلوكية لمعالجة طيف واسع من تشكيلات المشكلات المختلفة. ♦

4. الطب السلوكي

تم تطبيق المبادئ العلاجية السلوكية بالأصل لعلاج الاضطرابات النفسية فقط؛ إلا أن هذا قد تغير بشكل كبير منذ حوالي أواسط السبعينيات من القرن العشرين؛ أما الأسباب المؤدية لذلك فقد كانت الأسباب التالية من ضمن أسباب أخرى:

أ- يأخذ الطب السلوكي بعين الاعتبار الفهم المتغير للصحة والمرض من حيث أن الصحة والمرض لا يمثلان حالتان قابلتان للانفصال؛ ففي إطار نموذج اجتماعي نفسي بيولوجي تلعب العوامل **النفسية** أو المظاهر السلوكية دوراً مهماً في كل الأمراض.

ب- لم تبرهن المبادئ العلاجية السلوكية فاعليتها في الاضطرابات النفسية بالمعنى الضيق فحسب، وإنما كذلك في الأمراض الجسمية بوصفها مؤثرة جداً لتعديل المؤشرات المرتبطة بشكل وثيق مع المرض (على سبيل المثال سلوك المرض؛ المطاوعة Compliance؛ مواجهة المرض).

ت- فيما يسمى بالاضطرابات والأمراض السيكوسوماتية يعد المدخل العلاجي النفسي منذ أمد بعيد مفيد؛ فداخل منظور الطب السلوكي لا يتعلق الأمر كثيراً بديناميكية الصراع النفسية الداخلية في الأمراض السيكوسوماتية التقليدية (الربو الشعبي... الخ)، وإنما يتعلق الأمر أكثر بفهم مناسب (تفسير) و تعديل ممكن لتلك الشروط الوظيفية التي لابد من اعتبارها المحددات الحاسمة للاضطراب أو المرض (أنظر أعلاه التحليل الوظيفي).

ث- تنبثق نقطة تركيز خاصة جداً للطب السلوكي في الأمراض المزمنة؛ فهذه تكتسب في إطار تعديل طيف الأمراض دائماً أهمية متزايدة الاطراد. وبالتحديد في الأمراض المزمنة (على سبيل المثال مرض السكري، الألم المزمن ... الخ) لا يكمنً هدف العلاج الجسدي بالتحديد بالشفاء و إنما في المواجهة، في التعامل المقبول من أجل نوعية حياتية مستقبلية مع المرض. وهنا تلعب مبادئ علم النفس دوراً مطرد الأهمية.

ج- إن الرعاية الصحية ذات التوجه الجسدي الخالص لا تتلاءم مع الرؤية الراهنة للصحة والمرض و لا مع حاجات المعنيين. يضاف إلى ذلك أن النظام الصحي يصطدم بحدود إمكانات التمويل. لهذا ينبغي للنشاطات الذاتية، و المسؤولية الذاتية و مظاهر الوقاية أن تتقدم لتحتل مركز الصدارة. وهذه هي مظاهر خاصة تحظى بالتحديد في المدخل الطبي السلوكي بمراعاة خاصة.

يستند الطب السلوكي بدرجة عالية على وجهة نظر البين تخصصية Interdisciplinaryوالمبدأ المنظومي؛ وهذا يتجلى أيضاً في تعريف الطب السلوكي : (Schwarz & Weiss 1978)

"يقصد بالطب السلوكي المبدأ البين تخصصي، يسعى فيه الإنساني لتطوير ودمج المعرفة والأساليب، المهمة من جانب العلوم الطبية السلوكية والطبية البيولوجية لمشكلة الصحة و المرض. ويتم استخدام هذه المعرفة وهذه الأساليب للوقاية و للتشخيص والمعالجة و إعادة التأهيل" (ص50).

ومن الواضح أن الإقرار بالبين تخصصية و بنموذج اجتماعي-نفسي-بيولوجي لم يجعل أسئلة التطبيق تحل من تلقاء نفسها، إلا أنه علينا أن ننظر لمراعاة المظاهر النفسية وبشكل خاص المظاهر السلوكية في البحث والرعاية الصحية بوصفه تقدماً واضحاً بالارتباط مع مشكلات الصحة والمرض.

5. التقويم

يعني العلاج السلوكي إجراءاً مستمراً؛ فمن أجل ضمان نوعية الإجراء العلاجي يمكن ذكر مجموعة كاملة من الاستراتيجيات التي تمتلك تقاليد راسخة في طرق البحث بشكل عام وفي تقويم الأساليب العلاجية السلوكية بشكل خاص (Kazdin,1994).

وبالتحديد بالنسبة للممارسة العلاجية السلوكية تبدو مبادئ تحليل الحالة الفردية و الإجراء التحليلي الفردي ذات أهمية كبيرة. فالمعالجون يتعاملون في العادة مع الحالة الفردية التي يمكن توثيقها بمعنى الممارسة المضبوطة و يمكن معالجتها بوصفها أساس للتقويم المنهجي.

ويقصد بالتقويم **الحكم** الذي هو أبعد من مجرد التحديد أو القياس للفاعلية العلاجية فيما يتعلق بالمعايير المركزية؛ فالمقصود بهذا بشكل خاص المحكات من منظور المريض (على سبيل المثال أهمية تعديل ما واستمراريته) و وجهات النظر فيما يتعلق التكاليف و الفائدة و التوليف بينهما في الحكم على أسلوب علاجي. وتعد هذه المظاهر

في النظام الصحي –وبشكل خاص تحت كلمة السر "ضمان الجودة"– أساسية و لهذا لابد من جعلها الأساس الكامن خلف التقويم للأساليب العلاجية السلوكية. ومن أجل العرض التوضيحي راجع الفصل العاشر من هذا الكتاب).

العلاج كعملية تعديل-نموذج متدرج للعلاج السلوكي

في المقدمة تم النظر للعلاج السلوكي بأنه العملية التدريجية لحل المشكلة، يفترض للمريض\المتعالج أن يكون مشاركاً فيها منذ البداية بفاعلية. وما يميز العلاج السلوكي بشكل خاص هو الإجراء التدريجي أو الذي يسير على مراحل المتلائم مع إمكانات نمو المريض المعني. ويمثل النموذج الذي طوره كل من كانفر و غريم Kanfer & Grimm (1981) أو كانفر و شيفت (1987,1988) Kanfer & Scheft المكون من سبعة مراحل للعملية العلاجية نموذج استرشاد عام جداً وبالتالي فهو مرن جداً. وقد تم تعديل هذا النموذج بالنسبة للمحيط الناطق بالألمانية (Kanfer, Reinecker & Schmelzer,1996) وسوف نعرض له فيما يلي؛ وقد ركزنا هنا على المرحلة الأولى وعلى الخطوات في العملية العلاجية، لأنه قد ظهر بأن هذه مهمة بشكل خاص لنجاح التدخل العلاجي.

نموذج من سبع مراحل للتعديل العلاجي

يتضمن هذا النموذج تسلسل لخطوات منفردة تحظى بأهمية مركزية في مجرى التدخل؛ وبشكل مثالي يتم المرور بالخطوات المنفردة بالتسلسل الموصوف. إلا أن الخطوات منفردة ليس بالضرورة لها أن تتطابق مع الجلسة العلاجية كما أن المراحل منفردة تتوافق مع نموذج استرشادي أكثر مما تتوافق مع الممارسة الملموسة.

ويفترض أن يتضح مباشرة من النموذج بأن استخدام الطرق العلاجية الخاصة، التي يتماهى معها العلاج السلوكي، يتفق مع مرحلة واحدة(ألا وهي المرحلة الخامسة) وفي الحالة المثالية يفترض المرور في العملية العلاجية **بكل** المراحل ومعالجتها. وقد تم

في الشكل (9) عرض النموذج تخطيطياً. وكنقاط أساسية تم في الأطوار الأساسية معالجة المواضيع التالية (بالنسبة للأطوار أو المراحل منفردة فقد تم التعرض للمظاهر الجوهرية).

المرحلة الأولى: تحقيق شروط انطلاق ملائمة

إلى جانب توضيح المسائل التنظيمية الخالصة يتعلق الأمر في المرحلة الأولى بإنجاز علاقة معالج-متعالج تعاونية؛ وهنا يتم توضيح توقعات المتعالج و يقدم هنا المعالج عرضاً للمساعدة المتخصصة. و في الاتصال الأول تقريباً يحاول المعالج توضيح المسائل التالية:

♦ ثلاثة أسئلة أساسية للاتصال الأول

1. لماذا يأتي شخص ما في هذا الوقت إلى العلاج؟ (ما الذي قاد بالتحديد الآن؟ لماذا لم يأتي قبل أو بعد؟).
2. لماذا يأتي الشخص لي؟ (من نصحه؟ كيف عرف عنى أو عن المؤسسة؟)
3. لأي سبب يأتي للعلاج؟ (ما هى "الأعراض الممثلة"؟ ما هى الأسباب الظاهرية والضمنية الموجودة بالنسبة لبداية العلاج؟ كيف ينبغى صنع الموقف كى لا يعود العلاج ضرورياً... ؟). ♦

فحتى في المرحلة الأولى يحدث توضيح أولي لشكاوى المريض التي تحتل مركز الصدارة (بمعنى الغربلة screening). أما التحليل المعمق والتفصيلي للشكاوى –أي تحليل الشكاوى بوصفها مشكلة نفسية– فيتم في الخطوات التالية من العملية العلاجية. وتتضمن المرحلة الأولى بناء الثقة التي لابد للمتعالج أن يمتلكها بالمعالج؛ و في نهاية هذه المرحلة تقريباً يفترض للمريض أن ينظر للتعاون المستقبلي مع المعالج كمشروع يستحق

العمل عليه.

المرحلة الثانية: بناء دوافع التعديل

تعد المتغيرات الدافعية من العوامل المهمة للتعديل العلاجي (Schneider, 1991, Meichenbaum & Turk,1994). ويقصد بالدوافع الاستعداد الملموس للمريض للتعديل؛ و يشترط العلاج توضيحها و تنميتها في الاتصال العلاجي (على سبيل المثال من خلال بناء المنظور؛ تهديم اليأس... الخ) لتفسير أو توضيح دافعية المريض ولاختيار مجال التعديلات لابد من توضيح المسائل الدافعية التالية مع المريض:

♦ خمسة أسئلة دافعية أساسية للمتعالج

1. كيف ستكون حياتي إذا ما تغيرت؟
2. كيف سأكون أفضل إذا ما تغيرت حياتي؟
3. أأستطيع تحقيق ذلك؟
4. ما الذي على أن أستثمره من أجل التعديل؟ ("أيستحق" الأمر؟)
5. هل أستطيع الاعتماد على دعم هذا المعالج (وهذه المؤسسة)؟

♦

المهم بالنسبة لبناء دوافع تعديل هو ألا يظل هذا مقتصراً على المجال اللفظي (بمعنى الإقرار بالمقاصد)؛ بل على المريض أن يعيش بشكل ملموس كلية (من خلال أمثلة بسيطة، الخطوات الأولى لسلوك جديد)، الطريقة التي يمكنه فيها أن يسهم نفسه بالتعديل. ومن أجل توضيح الدافعية ينبغي معرفة **أي** مجال من مجالات المشكلة ممكن تعديله أو في أي مجال من الممكن أن يتعلم المريض تقبلها. و من بين ذلك يقع أيضاً

توضيح المجالات غير المشكلة و الجوانب القوية الموجودة و الكفاءات في ذخيرة المريض.

المرحلة الثالثة: تحليل السلوك

ويحدث هنا وصف دقيق للشكاوى الذاتية الموصوفة في البدء للمريض على المستويات المختلفة؛ يضاف إلى ذلك التحليل الوظيفي، أي محاولة وضع مشكلات المريض في علاقة **بالشروط** المطابقة. ويحصل تحليل السلوك في العادة على المستويات المختلفة، أي من تحليل صغير Microanalysis(بمعنى السمات النفسية الفردية) وصولاً إلى التحليل الكبير أو الواسع Macro analysis، أي تحليل الارتباطات في المجال الزوجي و الأسري و الاجتماعي.

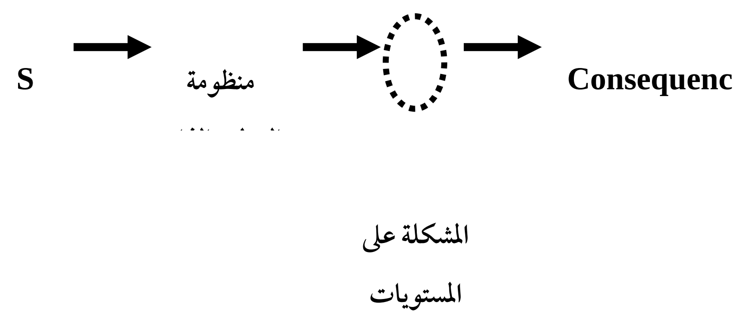
جوهر تحليل السلوك هو بناء نموذج شروط فرضي، أي فرضيات وتخمينات حول الشروط المحافظة علي استمرارية مشكلة ما. و من أجل التوضيح يلائم على الأغلب المجال الجزئي لنموذج المنظومة المعروض في شكل (10).

إن إنشاء نموذج المنظومة system modelيساعد المعالج على وضع المشكلة الموجودة لدى المريض في سياق الشروط الممكنة (التحليل الوظيفي). و في الصورة المثالية يقدم نموذج الشروط إرشادات ملموسة إلى تلك المتغيرات يمكن أن تكون موصلة لتعديل المشكلة. أما اختيار نقاط الاستناد العلاجية فتنبثق عن الطور التالي (تحليل الهدف).

اسم المرحلة	أهم الأهداف
1 . مرحلة المدخل: بناء شروط انطلاق ملائمة	- تصميم الأدوار - بناء علاقة عمل تعاونية (رابطة علاجية). - بداية جمع المعلومات المتعلقة بالمشكلة (غربلة الشكاوى و التوقعات الأولية: الأفكار الأولى لنقاط الاستناد العلاجي
2 . بناء "دافعية للتعديل" و الاختيار المؤقت لمجالات التعديل	استغلال شروط الدافع "الملازمة" لإدارة الذات و مفهوم الذات. تخفيض ضعف المعنويات و اليأس استخدام استراتيجيات دافعية خاصة المبادئ الأولى "لتوضيح الهدف و القيمة" اختيار متعلق بالموضوع والدافع لمجالات التعديل.
3 . تحليل السلوك و نموذج الشروط الوظيفي	تحليل موقفي للسلوك (من المستويات الكبيرة للصغيرة) تحليل سياقي للسلوك (من المستويات الصغرى للكبرى) وضع نموذج شروط وظيفي (مؤقت).
4 . الاتفاق على الأهداف العلاجية	توضيح أهداف العلاج التحليل المشترك للهدف اتفاق حول منظور الأهداف العلاجية
5 . تخطيط و اختيار و تنفيذ الطرق الخاصة	التخطيط إجراءات خاصة (بناء على المعلومات من المرحلة 1 حتى 4). اتخاذ القرار حول التدخلات الخاصة تنفيذ الإجراءات
6 . تقويم الخطوات العلاجية	- تشخيص مستمر مرافق للعلاج - تقويم قبلي وبعدي - تقويم للحالة الفردية "متعلق بالهدف"
7 . المرحلة الأخيرة: تقديس النجاح و نهاية العلاج	تثبيت نقل التقدم العلاجي العمل على بقية نقاط الاستناد العلاجي أو معالجة أهداف علاجية جديدة. تعلم "إدارة الذات" كعملية. إنهاء الاتصالات
متابعة Follow-up	- تحضير المتابعة إرجاع ختامي.

شكل (9): نموذج المراحل السبعة

المرحلة الرابعة: الاتفاق على الأهداف العلاجية



شكل (10): عرض للنقاط المركزية لنموذج المنظومة

وهنا يحصل بين المعالج و المتعالج اتفاق على الأهداف التي ينبغي السعي نحوها؛ و ينبثق هذا الاختيار من تحليل السلوك (المرحلة الثالثة) لهذا وضع الأهداف يتضمن دائماً مظاهر معيارية بشكل جزئي.

وغالباً ما تكون الأهداف المصاغة في البداية من المريض أقل تحديداً عدا عن أنها عادة ما تكون مصاغة بصورة سلبية ("... . أريد أن أعود كما كنت في السابق... . "،"... . ينبغي أن يزول الاكتئاب... "). ويشترط الاتفاق على الأهداف في كثير من الحالات توضيحها؛ ومن ضمن هذا تدريج الأهداف العلاجية الجزئية و كذلك توضيح علاقة الأهداف العلاجية بتصورات القيم والمعايير عند المريض (بمعنى أهداف الحياة).

وكإمكانية لتوضيح الهدف و القيمة توجد في العملية العلاجية مجموعة من الاستراتيجيات. وسنشير إلى أمثلة عنها هنا:

- **استعارة حقيبة الظهر**: يحمل المتعالج حقيبة ظهر مملوءة بمشكلاته؛ ومع تقدم

التجوال يرمي مشكلة تلو الأخرى.

- **كعكة الحياة**: هنا على المرضى أن يعرضوا أو يرسموا قيمة أو أهمية مشكلتهم في سياق **المجالات الحياتية الأخرى** على شكل "تخطيط الكعكة" **(من نحو الشراكة، وقت الفراغ، العمل... الخ)**.
- **الساحر الجيد**: هنا تعطى للمتعالج مهمة أن يتصور أن مشكلاته قد "اختفت بشكل سحري"؛ إلا أنه من المهم بالنسبة للساحر أن يعطي صياغات أهداف مصاغة بصورة جديدة جداً وملموسة و إيجابية التي على المريض أن يحققها عندئذ.

هذه الإمكانية و كثير غيرها تساعد المتعالج على تصور تطورات إيجابية بالنسبة له والابتعاد عن "سجن" مشكلاته و تولي مساعي التعديل العلاجي على عاتقه. وبعد الاتفاق على الأهداف العلاجية ينبغي دون تباطؤ الانتقال إلى الخطوات الأولى للتعديل.

المرحلة الخامسة: تنفيذ العلاج

من الصعب فصل هذه المرحلة عن المراحل الأخرى لأن الخطوات الأولى من التعديل قد حصلت في الاتصال الأول (على سبيل المثال جمع المعلومات، الواجبات البيتية...). وفي الحالة المثالية يتعلق الأمر في هذه المرحلة بتخطيط واستخدام الأساليب العلاجية الملموسة. إن اختيار استراتيجية تعديل مبدئية تتم على خلفية مشكلة المريض مع الاستناد إلى أهداف المريض. وهنا تحتاج طريقة العلاج الخاصة(على سبيل المثال بناء السلوك الواثق في تمارين الثقة بالنفس) التلاؤم الملموس والمفصل مع ظروف الحياة الفردية. وبالنسبة لاختيار الاستراتيجيات العلاجية توجد مجموعة من القواعد الممكنة منها:

- مبدأ التدخل الأدنى؛ وهذا المبدأ يتضمن اختيار الطرق ذات التكاليف الأقل و استغلال إمكانات المساعد\ة الذاتية للمريض... ...

- مبدأ الخطوات الصغيرة: ملائمة الخطوات مع الإمكانات الفردية و الشروط الدافعية من جانب المريض... ،
- مراعاة تقبل تدخل ما من خلال المريض: المقصود هنا بشكل خاص التوصيل الشفاف للإجراء (نموذج المعقولية Plausible Model)؛ يضاف إلى ذلك حفز المريض لتحمل الخطوات المرهقة لعملية التعديل.

عند اختيار الاستراتيجيات العلاجية يمكن في هذه الأثناء الإشارة إلى بحر واسع من المراجع المهمة؛ وهذه المراجع مصممة إما على أساس صور الاضطراب أو على الطرق العلاجية (_أنظر جدول 14).

المرحلة السادسة: تقويم التقدم

مع تطبيق أسلوب علاجي ينبغي أن يخضع هذا الأسلوب إلى التقويم المستمر. وحتى العلاجات الناجحة من حيث المبدأ تحتاج إلى هذا الاختبار أيضاً في الحالة الفردية. و يتم تحقيق التقويم في الحالة المثالية من خلال التوليف بين استراتيجيتين:

- من خلال تقويم قبلي-وبعدي، أي من خلال مقارنة بين حالة المريض قبل و بعد التدخل، و؛
- من خلال قياس علاجي للمتغيرات الحرجة؛ وتعتبر هذه ذات أهمية عالية جداً بشكل خاص بالنسبة للتوجيه الدقيق للإجراء العلاجي و للحكم على أحجار البناء العلاجية الفاعلة.

إلا أن التقويم لا يعني فقط **عرض** **(أو رسم)** للتعديل وإنما من خلال **التقويم** فيما يتعلق بمحكات التعديل. كما ينطبق على التقويم أن هذه المرحلة ينبغي أن ينظر إليها على أنها شاملة-، أي تمس عدة خطوات للعملية العلاجية-.

وبالنسبة للممارسة العملية هناك إمكانات التقويم في تصويرة تخطيطية بسيطة، و كذلك تناسب تسجيلات المريض حول مجرى تعديل ما بالنسبة للتوجيه الدقيق وكذلك

بالنسبة للتقويم؛ فمن أجل المقارنة العلاجية الواسعة يتم استخدام الإمكانات المختلفة لقياس تحقيق الهدف (Kiresuk & Sherman,1968) Goal -Attainment –Scaling. وهنا يتم تقويم إلى أي مدى يتقدم التعديل باتجاه هدف ما.

المرحلة السابعة: تقديس النجاح/التعميم

في هذه المرحلة الختامية يتعلق الأمر بطرح أسئلة مفتوحة للتفسير و ربما حل المشكلات المتبقية. إلى جانب ذلك يفترض ضمان تطبيق المظاهر المتعلمة إلى الممارسة العلاجية (أي إلى الحياة الملموسة للمريض). وتحتل كفاءة حل المشكلة أو كفاءة الإدارة الذاتية للمريض أهمية خاصة هنا.

وترتبط نهاية العلاج بالنسبة للمريض مع نوع من الخطر ("ما الذي سيحدث لو عاودتني حالات القلق ثانية؟"). لهذا يحتاج هذا الإنهاء تخطيطاً دقيقاً وتحضير للمريض على الوقت لما بعد العلاج. و كإمكانية خاصة لهذا يفيد هنا أيضاً المعبر لاستراتيجية ضبط الذات و الإدارة الذاتية، وكذلك التخفيض التدريجي للجلسات العلاجية (كل أسبوعين... ثم كل شهر...)أو توصيل استراتيجيات مرنة لحل المشكلة في توقع صعوبات جديدة ظاهرة.

واستناداً إلى غولدشتاين و كانفر(1969) Goldstein & Kanfer و راينكر و شميلتسر(1996) Reinecker & Schmelzer، يمكن تحقيق الاستراتيجيات التالية عند التعميم:

1: استخدام مبادئ التعلم حول التعميم (على سبيل المثال التدريب على ضبط الذات)،

التمرن على أنماط جديدة من السلوك في البيئة الطبيعية (على سبيل المثال التمرن في الواقع؛ واجبات منزلية بين الجلسات...)

استخدام المنظومة الاجتماعية للمريض (الشريك، الأسرة، العمل...)

تعلم قواعد أو مهارات حل المشكلة و الإدارة الذاتية (بمعنى تعامل استعرافي مرن مع استراتيجيات علاجية متعلمة؛ توقع الصعوبات...).

ومن أجل التعميم و تقديس النجاح هناك أيضاً تخطيط دراسات بعدية Follow-up؛ وهنا يظهر فيما إذا بقيت التأثيرات العلاجية بعد انتهاء العلاج ثابتة. ويتعلق اختيار زمن المتابعة بطبيعة المشكلة و حسب الإمكانات الملموسة للمريض و المعالج (في العادة بين السنة والنصف حتى السنتين).

وفي الختام ينبغي في نموذج العملية الإشارة إلى أن الأمر يتعلق بنموذج مثالي، إلا أنه أثبت نفسه على أنه مفيد جداً من أجل تصميم العملية العلاجية.

عرض: حول دور العلاقة العلاجية فى العلاج السلوكى

♦حتى الرجوع إلى المراجع التقليدية في العلاج السلوكى (ولبى، لازاروس، 1966، ولبى، 1969) يظهر أنه قد تم منح بناء العلاقة العلاجية أهمية كبيرة. وفي دراسات المقارنة العلاجية للتحليل النفساني والعلاج السلوكى ظهر أن المعالجين السلوكيين كانوا متفوقين في متغيرات بناء العلاقة العلاجية (مقاسة بمقياس العلاج النفساني المتمركز حول المتعالج) على معالجى التحليل النفسى.

وقد تم النظر باستمرار لنوعية العلاقة العلاجية في العلاج السلوكى على أنها مهمة، ولكن على الأغلب متغيرة خلفية "غير نوعية" لأن المرء لم يبذل لفترة طويلة جهده في تفحص المتغيرات المهمة للعلاقة العلاجية و توضيحها **نظرياً**؛ إلا أنها كمتغيرات خلفية ضمنية كانت دائماً مهمة. وقد تغير الأمر في السنوات الثلاثين الأخيرة: إذ يتم دراسة وتحليل متغيرات العلاقة العلاجية كمتغيرات واضحة.

فقد توصل شيندلر Schindler,1991 على سبيل المثال في تحليل تفاعلى مفصل و مكلف للعملية العلاجية إلى المظاهر التالية:

- يحدث بناء العلاقة العلاجية بسرعة كبيرة –في العادة قبل أن يمكن أن تصبح الطرق العلاجية النوعية فاعلة.
- كمظهر أساسى للعلاقة العلاجية ينبغى أن يظهر من جانب المعالج الدعم والتوضيح العلاجى، ومن جانب المريض المبادئ الأولى للتعديلات، أي بشكل خاص المتغيرات الدافعية و مظاهر التوقع.
- مظاهر العلاقة هى مظاهر أساسية للنجاح العلاجى؛ إذ يتعلق نجاح التدخل العلاجى بدرجة كبيرة بإنجاز متغيرات علاقة ملائمة.

وقد تم إعادة تأكيد هذه النتائج أكثر من مرة. ففى دراسة الاكتئاب لدي يونغ وآخرين (De Jung et al. ,1992) ظهرت أولى التغيرات الملموسة منذ الجلسة الأولى لعملية التفاعل العلاجية. وهنا لم تكن الطرق العلاجية قد طبقت بعد، بحيث أنه ينبغى النظر لمظاهر العلاقة وتوقعات التعديل... الخ بأنها حاسمة.

وكذلك في نموذج المراحل المذكور أعلاه للتعديلات العلاجية (شكل 9)، يحتل بناء العلاقة العلاجية المثالية في الخطوات الأولى أهمية كبرى؛ إلا أن العلاج السلوكى لا يظل واقفاً عند بناء العلاقة فحسب بل أنه يصعب بشدة فصل البناء المثالى للعلاقة عن استخدام الطرق العلاجية: إذ أن توقعات المريض و الثقة بالمعالج و التوضيح والدعم من خلال المعالج في الجلسات الأولى تحتاج إلى تحويل إلى عمليات تعديل ملموسة. وينبغى حل التوقع والثقة، ويحتاج دعم المعالج و توضيحه إلى تطبيق واقعى في خبرة ملموسة للمريض. و بهذا الشكل لا تظهر نوعية العلاقة العلاجية إلا في التطبيق في أثناء العمل العلاجى، على سبيل المثال في إطار مجرى علاجى شاق ومرهق على

الأغلب. ويبدو من البديهي أن يصبح التدريب في بناء العلاقة العلاجية (على سبيل المثال من خلال المظاهر الخاصة لإدارة الجلسة، من خلال اللجوء إلى المظاهر الاجتماعية النفسية للتفاعل)، جزءاً أساسياً من تأهيل المعالجين المستقبليين.

تشخيص السلوك و تحليل السلوك

للتشخيص في العلاج السلوكي تقاليد طويلة؛ فمن المنظور التاريخي ترتبط القيمة العالية للتشخيص بشكل خاص مع تطور علم نفس الاختبارات (القياس النفسي) و أساليب التشخيص التفريقي داخل علم النفس الإكلينيكي. ويمكن رؤية الجانب الآخر لهذا التطور بأن علم النفس الإكلينيكي –وبشكل خاص المؤسسات الطبية النفسية، وكذلك التوجيه التربوي في علم النفس المدرسي ... الخ– قد اقتصر على هذا النشاط (الذي قد يكون مهماً). وفي الميدان العملي مازال هذا يتجلى في أن المتخصصين النفسيين يقومون بإعداد تقارير تشخيصية تفصيلية ومؤسسة وشاملة حول المشكلة، التي قلما تستتبع في العادة نتائج عملية.

وقد تغير هذا الموقف من خلال ظهور وتأصيل الأساليب العلاجية السلوكية في إطار الرعاية الصحية (العلاج النفساني المتمركز على المتعالج الذي تم تأسيسه في أربعينيات القرن العشرين تخلى ضمنياً عن الأساليب التشخيصية). و هنا ظهر بسرعة أن العودة إلى الاختبارات أو ما يسمى بالتشخيص التقليدي لم يكن ممكناً: فمضامين التشخيص التقليدي وأسسه تختلف بشكل كبير عن التشخيص السلوكي وهذا ما ينبغي توضيحه.

التشخيص كتفسير

التشخيص أساساً هو محاولة لتفسير موضوع خاص (westmeyer,1975; Shulte,1976): إذ يتم البحث عن القانونيات النفسية و الشروط الهامشية التي يمكن أن

تقدم لنا **تفسيراً لحدث محدد**. ويمكن توضيح بنية مثل هذا التفسير من خلال مثال مقتبس عن شتيغموللر Stiegmueller,1974:

ق1... قن(قانونيات علم النفس...) على سبيل المثال:

- النماذج النظرية من الضغط و أحداث الحياة الحرجة.
- النماذج النمائية النفسية حول الأطوار النوعية للاستعداد (القابلية للإصابة vulnerability) و مواجهة الأزمات.
- النماذج النفسية-الإكلينيكية حول نشوء اضطرابات الضغوط التالية للصدمة.

ش1... ... . . شن (الشروط السابقةantecedence condition،، التي تحدد شروط المنطلق الأساسية في لحظة محددة ...)على سبيل المثال:

- تراكم الأحداث الحياتية الحرجة لدى الشخص (ش) في لحظة محددة.
- بيانات حول مسألة القابلية للإرهاق و إمكانات المواجهة عند الشخص.
- إشارات أو دلالات حول انعدام المخرج من موقف محدد التي يمكن أن تقود إلى اضطرابات الضغوط ما بعد الصدمة.
-

♦مثال: "الشخص (ش) يعاني منذ أربعة سنوات من اضطرابات قلق شديدة يمكن وصفها باضطرابات الشدة التالية للصدمة". ♦

وتوضح البنية المذكورة أعلاه للتفسير العلمي إلى حد ما تصورideal الإجراء التشخيصي؛ وهنا يتضح مباشرة بأن التفسير في علم النفس لا يستطيع إلا وأن يقارب هذا التصورideal: ويتعلق هذا بالشروط المناسبة للتفسير العلمي من جهة ومن جهة أخرى مع مشكلة النظريات والوصوفات العلمية في علم النفس. والنماذج النظرية عبارة عن نماذج مؤقتة ونماذج احتمالية؛ فالوصوفات تتم دائماً في ضوء الفرضيات

النظرية، بحيث أن التفسيرات لا يمكن أن تتم إلا من خلال وصوفات خاصة مصبوغة نظرياً. لهذا يقتصر المرء في علم النفس و العلاج السلوكي على التفسيرات الجزئية أو غير المكتملة

التشخيص التقليدي و تشخيص السلوك

ينطبق النموذج المذكور للتشخيص كتفسير على تشخيص السلوك والتشخيص التقليدي بالطريقة نفسها؛ ولكن هناك فرق مضموني (ولكن ليس بنيوياً) يكمن في أن كلا المبدأين يرجعان إلى نظريات من مصادر مختلفة. وهذا يشير إلى فرق حاسم جداً بين التشخيص التقليدي و تشخيص السلوك، قام كانفر وساسلوKanfer & Saslaow بتوضيحه في سنوات الستينيات من القرن العشرين و بصيغة رائعة جداً من غولدفريد وكينت Goldfried & Kent, 1972:

ففي التشخيص التقليدي يتم (بتبسيط) النظر للطر وحات و الاستجابات الملاحظة ... الخ في موقف اختبار **كدلالة** على بنية شخصية شاملة؛ ومن أجل هذا يتطلب الأمر فرضية نظرية، حول الطريقة التي ترتبط فيها استجابات الاختبار النوعية مع بناء ما (في العادة يتعلق الأمر بنظرية للشخصية كامنة خلف ذلك).

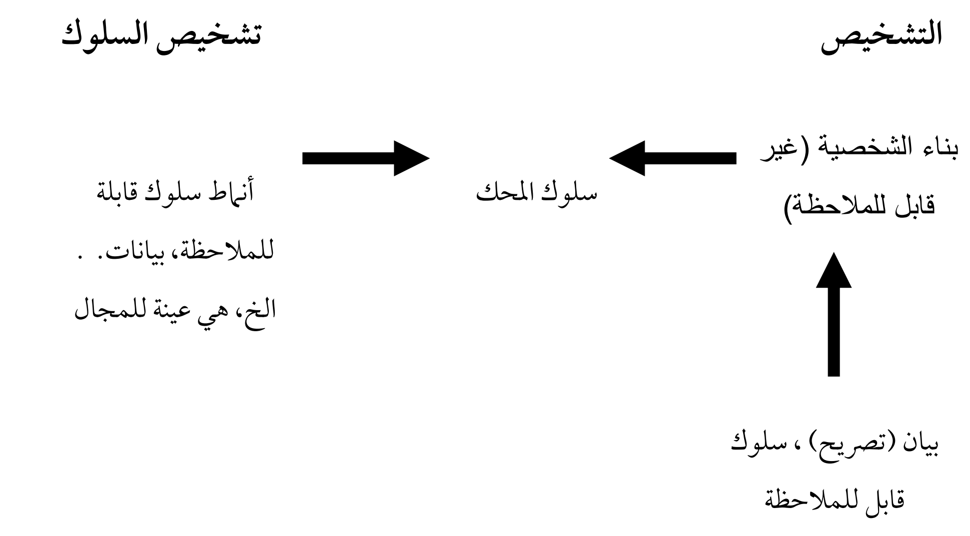
♦مثال: إجابة الاختبار "حوض إنساني" على اللوحة Vمن اختبار رورشاخ يتم تفسيرها على أنها دلالة على جنسية مثلية (كامنة) للمفحوص. وكنموذج خلفى نظري يفيد النموذج النفسى الدينامى حول الجنسية المثلية، حول إدراك مثيرات نوعية في موقف اختبا رحول احتمالية تعبير ما للمفحوص. ♦

وبالنسبة للتشخيص التقليدي يتم بالضرورة الحديث عن مبدأ الدلالات

(Goodenough,1994): فالأقوال و أنماط السلوك ... الخ المقاسة في موقف تشخيصي يمكن أن تعد **كدلالات** لسمة شخصية كامنة خلفها (أو اضطراباتها). و يفترض أن تكون مسائل الصلاحية Reliabilityو الصدق Validity المرتبطة بالأساليب التشخيصية التقليدية معروفة ولهذا لن يتم التطرق إليها هنا.

في تشخيص السلوك يتم اعتبار طروحات واستجابات . . الخ شخص ما على أنها مقاطع نوعية للمجال الذي نهتم به؛ و من أجل هذا لا يتطلب الأمر تخمينات حول بناءات الشخصية، وإنما فرضية بأن الإجابة أو نمط السلوك المظهر في اختبار أو في موقف ملاحظة له علاقة ما بالمقطع المقصود أو المراد. وفي الحالة المثالية يفترض للسلوك في موقف ملاحظة أن يمثل **عينة** من المجال الذي نهتم به. وعلى عكس التشخيص التقليدي يتحدث المرء لهذا عن "مبدأ العينة"

♦مثال: الطروحات حول التكدر وحول فقدان المعنى... الخ وأنماط سلوك عدم الفاعلية والانسحاب الاجتماعى... الخ تعد عينة لمجال المحك "تعكر المزاج الاكتئابي". ♦



شكل (1) مخطط للتفريق بين الفرضيات الأساسية للتشخيص التقليدي و تشخيص السلوك

ويمكن توضيح الفرق الجوهري بين التشخيص التقليدي و تشخيص السلوك من خلال الموجز التالي (شكل 11):

تكمن المسألة الرئيسية في مبدأ العينة فيما إذا كان بالإمكان اعتبار السمات المقاسة في موقف محدد ممثلة للمجال الذي نهتم به و إلى أي مدى يمكننا ذلك. وطبقاً لأسس العلاج السلوكي يحاول المرء بشكل حتمي كلية ملاحظة سلوك شخص ما في **الموقف** المطابق (الموقفية أو التفاعلية Situationism or Interactionism) وطبقاً لذلك من المحتمل أن يكون قياس الشكاوى في العيادة لشخص ما في موقف مقابلة قياساً معلوماتياً. إلا أنه من الممكن لهذه المعلومات ألا تعطي إلا عينة جزئية و إلى حد ما مشوهة جداً لسلوك المحك. لهذا فإنه تتم الملاحظة في طرق القياس في المواقف الطبيعية

التي تسمى في تشخيص السلوك Via regia.

و يقصد بالصدق Validityبالنسبة لتشخيص السلوك إلى أي مدى تم النجاح بانتقاء عينة ممثلة لسلوك المحك criterion Behavior. و هذه الرؤية: الصدق بوصفة تمثيليةrepresentatively تعد بالنسبة لتشخيص السلوك مركزية- ولكن ليست بلا مشكلات بأي شكل من الأشكال. فاختيار عينة سلوك المحك تمتلك داخل تحليل السلوك أهمية كبرى.

سمات تشخيص السلوك

في تشخيص السلوك انفصل المرء إلى حد ما عن فرضيات و أساليب التشخيص التقليدي؛ و كان من نتيجة ذلك أن تطوير الاستراتيجيات التشخيصية أصبح يعرج خلف الأساليب العلاجية. وتشخيص السلوك لا يمتلك طبيعة معرفية، وإنما يتبع أهدافاً مختلفة، و التي سنناقشها فيما يلي باختصار، وهي:

- التأصيل foundation
- المقبولية Plausibility/ الشفافية Transparence
- الأهمية بالنسبة لتخطيط العلاج Relevance for Therapy Planning

التأصيل

بما أن المرء بالنسبة لتشخيص السلوك أيضاً يبقي على مطلب التفسيرات فإن هذا يتطلب تحقيق نوعية المطلب للمكونات المنفردة لنموذج التفسير. وعلى مستوى **التفسير Explanandums** وصفاً دقيقاً قدر الإمكان على مستويات عدة (أنظر فقرة مبدأ المستويات المتعددة و مبدأ المنظومة لاحقاً). وهذا الوصف يكون أكثر دقة وموضوعية كلما ظل أكثر قرباً من **سلوك** (على عدة مستويات) الشخص و كان تأثير التفسيرات والتقويمات الذاتية أقل. وما يشبه ذلك يسري على **الشروط السابقة Antecedence Conditions**، التي على الرغم من أنه يمكن قياسها بدقة بالنسبة لجزء الشروط المحافظة

على الاستمرارية ولكن ليس بالنسبة لمجال عوامل النشوء. وفيها يتعلق **بشروط القانون** يقصد بالتأصيل نوعية النماذج النظرية التي يمكن استخدامها للتفسير. في كل التوصيفات للعلاج السلوكي يتم الاستناد إلى كامل مجال علم النفس و الفروع التخصصية الجارة بحيث يمكن للمرء أن يتبنى أفضل الفرضيات النظرية.

أما مسألة اختيار النماذج النظرية النوعية فتشير من جهة إلى نوع من التفضيل و الذاتية، الذي من الممكن أن يكون مرغوباً في الواقع بمعنى التعددية النظرية theoretical pluralism وفق مبدأ (... "كل الطرق تقود إلى روما... ").

المقبولية Plausibility

يرتبط مطلب المقبولية مع مبدأ التأصيل؛ ويقصد مقبولية تشخيص السلوك بأن نماذج تشخيص السلوك ينبغي أن تكون مصاغة بوضوح وشفافية بحيث يمكن فهمها من المريض أو المتعالج وأن يتم جعلها مفيدة. لهذا تعد المقبولية إلى جانب التأصيل النظري سمة أساسية، لأن النماذج النظرية لعلم النفس تظهر إلى حد ما درجة من التعقيد الذي قد يصعب فهمه من المريض. وهذا يجب ألا يفهم بأنه دفاع عن التبسيطية: فشفافية الإجراء العلاجي ليست مجرد مطلب مهم (بمعنى حفز المريض... الخ،)، وإنما مقبولية التفسيرات تتناسب أيضاً مع حاجة مهمة للمريض نحو تفسير شكاواهم (العزو السببي). بالإضافة إلى هذا يظهر باستمرار أن مقبولية ووضوح الإجراء تمثل سمة عملية process Traitمهمة جداً للعلاج.

الأهمية العلاجية

لا يقوم المعالج بالحصول على المعلومات التشخيصية كهدف بحد ذاته و ليس من أجل التوضيح للمريض (نموذج المقبولية)؛ بل أنها تفيد كأساس مركزي للإجراء العلاجي. وفي كثير من التوصيفات للعلاج السلوكي يتم وصف هذا على أنه نوع من المعبر غير المتصل للتشخيص والعلاج. والمقصود بهذا أن جمع المعلومات يتم من منظور تعديل ما، وأن جمع المعلومات ذاته (الملاحظة الذاتية على سبيل المثال) تبرهن تأثيرات

علاجية. ويقدم كل من التحليل الوظيفي و نموذج الشروط الفرضي (أنظر أدناه) دلالات ملموسة على تشبيك السلوك الإنساني مع الشروط الموقفية والأسرية والاجتماعية (وربما الفيزيائية).

العلاج السلوكي لا يعني كما يتم الادعاء خطأً في بعض الأحيان، مبدأ مباشر على مستوى المشكلة؛ بل أن العلاج يتضمن تعديل تلك **الشروط** التي تسهم بشكل حاسم في استمرارية المشكلة (وهكذا لا يتم علاج مشكلة السلس الليلي على سبيل المثال بشكل مباشر، وإنما من خلال تعديل شروط هذه المشكلة). لهذا يتطلب هذا على مستوى تشخيص السلوك تحليل الشروط التي يمكن أن تتغير عندئذ في خطوة علاجية (ما هي هذه، فهي ضمن أمور أخرى مسألة تحديد الهدف). ولكن بهذا يتضح أيضاً أن تشخيص السلوك و التخطيط للعلاج وإجراء العلاج تتداخل مع بعضها البعض في الممارسة العملية.

المبدأ متعدد المستويات

في تحليل المشكلات الإنسانية يركز المرء في العلاج السلوكي -طبقاً لأسسه- بشكل أساسي على **سمات السلوك Trait of Behavior**؛ ولا يقصد بهذا على الإطلاق المستوى الحركي القابل للملاحظة فقط (كما هو الحال إلى حد ما في السلوكية المتطرفة، كما يراها سكنر، 1974على سبيل المثال).

و تبعاً لاقتراح يستحق الاهتمام كثيراً والشائع جداً في هذه الأثناء قدمه لانغ (Lang,1971) فإنه لا بد من مراعاة **المستويات التالية** عند التحليل.

1. مستوى السلوك القابل للملاحظة حركياً Level of motoric-observable Behavior

يقصد بهذا في السياق العيادي كل أنماط السلوك **القابلة للملاحظة** التي تشكل أو تمثل جزءاً من المشكلة، على سبيل المثال سلوك الطعام، الإيماءات، و الإشارات، استجابات الهروب والتجنب... الخ. وتكمن وظيفة المشخص في ملاحظة المظاهر

المهمة بشكل مباشر و مستقل (دون تأثير أو تأثر) قدر الإمكان وتسجيلها.

2. مستوى العمليات الاستعرافية-الذاتية Level of subjective-Cognitive Processes

المقصود هنا **محتوى** الشكاوى التي يعبر عنها على الأغلب بشكل لفظي (على سبيل المثال... "أشعر بأني خائر القوى، متحطم... . "... أشعر بنفسي طوال اليوم بعدم الهدوء و القلق... "... الخ). إن تحديد و الاهتمام بهذا المستوى الاستعرافي هو نتيجة حتمية من بين أمور أخرى للحالة المتمثلة في أن آليات التمثل الاستعرافية (الأفكار، التوقعات... .) تمثل على ما يبدو وسائط مهمة للاضطرابات الإنسانية. بل أن هذه السمات الاستعرافية تعدفي كثير من الحالات مجالاً مركزياً للاضطراب النفسي (على سبيل المثال أفكار قلق التوقع، الأفكار القهرية... الخ).

3. مستوى الحدث الفيزيولوجي النفسي-الجسدي

يشكل هذا المستوى الذي غالباً ما يعيشه المريض على أنه منتشر diffuse في كثير من حالات المشكلات الإنسانية سبباً للقلق الشديد للمريض؛ فلنفكر بالأعراض الجسدية المرافقة لاستجابات الضغط أو بإدراك التغيرات الجسدية (إيقاع التنفس، ضربات القلب...) أو بالتقلبات الفيزيولوجية-الهرمونية. و يعد تحديد هذه المستويات النفسية البيولوجية في هذه الأثناء من معايير الجهود التشخيصية السلوكية.

وبمقدار ما يبدو تقسيم السلوك الإنساني إلى هذه المستويات الثلاثة المذكورة واضحاً و في هذه الأثناء بديهياً، إلا أن ذلك مرتبط بسلسلة من الصعوبات (Eifer & Wilson,1991). فمن جهة أولى نشير إلى المشكلة العملية بأن المعالجين المتدربين بشكل خاص يواجهون صعوبات في أي مجال من المجالات سيموضعون المشكلة و أي من البيانات عليهم الحصول عليها (ما الذي ينبغي علي سؤاله للمريض؟، ما الذي ينبغي علي ملاحظته؟). وهذه الأسئلة محقة و مفهومة؛ فمن واجب التأهيل اللاحق والمستمر النفسي العيادي للمعالجين المتدربين تسهيل **المدخل** للمشكلات النفسية. فالمعرفة حول

سمات صور الاضطرابات النوعية من جهة و توصيل تصويرات التحليل من جهة ثانية تشكل عناصر مهمة للتأهيل اللاحق والمستمر.

وهناك مشكلة أساسية أخرى لتحليل المشكلات الإنسانية على المستويات المختلفة: فعلى الرغم من أن المستويات المختلفة تشير إلى ارتباط ما، إلا أنه علينا أن نأخذ بعين الاعتبار **عدم التزامن أو التساوق asynchronization**. والمقصود بهذا أن المستويات المختلفة للسلوك الإنساني و الاضطرابات الإنسانية لا تظهر و تسير بأي شكل من الأشكال بشكل متجانس. ففي كل الاضطرابات تقريباً تظهر مستويات منفردة بقوة أو تراجع (Eifert & Wuilson,1991). وقد تكون النتيجة الناجمة عن هذا الوضع هي أنه لا يجوز لنا الاقتصار على تحديد مستوى **واحد** ونخلص منه إلى المستوى الآخر (الاختزالية Reductionism). بل أن تشخيص السلوك والتحليل على المستويات المختلفة يتضمن الاعتراف بحقيقة أن السلوك الإنساني يشمل على مستويات مختلفة و هو محدد بشروط مختلفة (التنظيم المتعدد Multiple Regulation). فإذا قام المرء بتحديد (قياس) المستويات الثلاثة بدرجاتها، فلن يعود أي معنى للسؤال القائل أي من المستويات هو الأساسي أو المركزي أو المهم بشكل خاص... الخ.

وكمظهر أخير نشير إلى أنه ينبغي النظر لمستويات السلوك الإنساني على أنها مستويات مركزية وذلك لأسباب **طرائقية** (وليس لأسباب مضمونية): **فاختبار** ترسيخ سواء الطروحات الفرضية أم أيضاً البيانات المستخلصة (على سبيل المثال حول العمليات الاستعرافية، التوقعات... الخ، التي هي ليست قابلة للملاحظة بشكل مباشر من حيث المبدأ) لا يمكن أن يتم إلا من خلال محكات تكون قابلة للموضعة وقابلة للاختبار بين ذاتياً intersubjective. وهذا ينطوي على إقرار بالسلوكية المنهجية methodological Behaviorism الذي لا يتضمن شيئاً آخر غير المعلومة البديهية بأنه علينا أن نختبر الفرضيات و أن هذا الاختبار لا يمكن أن يتم في النهاية إلا عبر سمات السلوك.

تحديد الهدف، تحليل السلوك، التخطيط للعلاج

منذ كانفر و ساسلو Kanfer & Saslow,1965 تم تحديد الخطوات الثلاثة المكونة من تحديد الهدف و تحليل السلوك و التخطيط للعلاج بالنسبة لتشخيص السلوك كخطوات حاسمة؛ فعلى الرغم من أن المكونات تحظى في تصويرات مختلفة لتشخيص السلوك بتمايز مختلف، إلا أنه ما زال توضيح المسائل المطابقة هو الساري بوصفه خطوة حاسمة في تشخيص السلوك.

تحديد الهدف: من المثير للاهتمام أن تتصدر مسألة تحديد الهدف في مقدمة أفكار كانفر و ساسلو. وهنا يتعلق الأمر بمسألة ما هي مجالات السلوك المشكل التي تحتاج للتعديل. وهذا يتضمن السؤال عن نقاط الاستناد العلاجية (Target)، التي تتعلق فيها الخطوات التالية لتحليل السلوك و تخطيط العلاج وبالطبع تنفيذ العلاج القائم على ذلك. وفي العلاج السلوكي ينبغي أن يتم تحديد الأهداف العلاجية بشكل ملموس قدر الإمكان؛ فالهدف "أن أصبح أقل خوفاً" يحتاج إلى نوع من التحديد، كالبحث عن المواقف المرهقة على سبيل المثال، أو إجراء اتصال بالعيون أو المشاركة في النقاش... الخ. وعلى الرغم من أنه يبدو من البديهي إلا أنه لا بد من التأكيد: إن تحديد الهدف لابد وأن يتم دائماً بناء على اتفاق بيم المعالج والمريض.

وبالنسبة لتفسير و تحديد أهداف مريض ما فإن تصورات الهدف الفردية مهمة جداً مثلها مثل المتغيرات الدافعية ومظاهر المحيط الاجتماعي والثقافي. و التأكيد على هذه النقطة مهم لأن تحديد الأهداف لا ينجم إلا على أساس الطروحات المعيارية؛ ولو أن المرء أراد من التحليل الوصفي لمشكلة ما (كتبليل الفراش لدى طفل يبلغ من العمر أربعة سنوات ونصف السنة على سبيل المثال) اشتقاق تحديد للهدف (من نحو زيادة عدد مرات بقاء السرير جافاً و من ثم القضاء على تبليل الفراش على سبيل المثال)

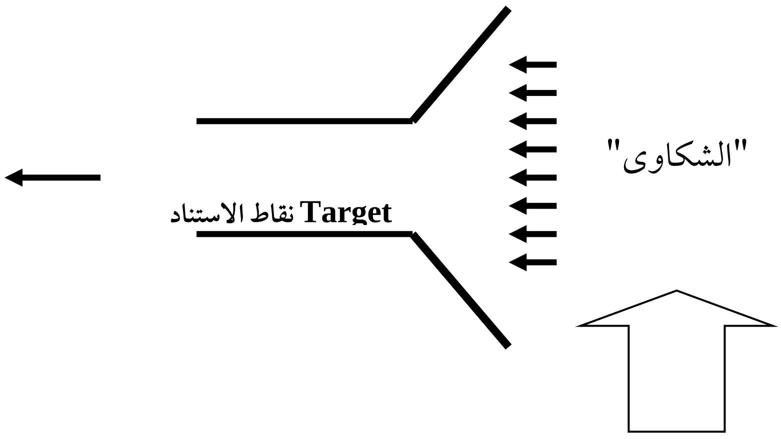
فسيكون هذا قصر نظر و يشبه ما يسمى "بالاستنتاج الخطأ الطبيعوي[1] naturalistic"... . فتحديد الهدف يصبو نحو التحديدات المعيارية التي يفترض أن ينظر إليها على خلفية معيارية؛ فمن مهمة التشخيص جعل هذه الوظيفة واضحة و شفافة.

تحليل السلوك: في هذا السؤال المنطقي تتم محاولة وصف السلوك المشكل بدقة قدر الإمكان؛ إن مطلب التحليل الوظيفي يتكون من **تحليل** شروط السلوك. وهنا يفترض للشروط أن تكون شاملة للمنشأ وللشروط المحافظة على الاستمرارية؛ ولابد أن نأخذ بعين الاعتبار أن شروط أو عوامل النشوء لسلوك مشكلة ما إنما يتم تحديده بشكل استرجاعي و من ثم افتراضي. إلا أنه بالنسبة لفهم المشكلة و بشكل خاص بالنسبة لتحليل التطور و بالنظر للقيمة الراهنة للباثولوجيا (أنظر نموذج المقبولية) فإن هذا يبدو مهماً. بشكل أكثر دقة وتأصيلاً فإنه يمكن في الوقت الراهن تحديد شروط مشكلة ما؛ و يقصد بالشروط –بمعنى الفهم المتواضع "للأسباب" –تلك المتغيرات (Reason variables (=RV) التي يسهم تعديلها في تعديل المشكلة (adjustment Variables (=AV). وإلى حد ما فإن جوهر تحليل السلوك يكمن في "نموذج الشروط الافتراضي": وهنا يتم عرض تلك المتغيرات –على الأغلب على شكل عرض تخطيطي– التي يفترض المرء بشكل مبرهن أنها تسهم في استمرارية المشكلة. و في العادة يفيد النموذج كأساس لتخطيط العلاج ز إجراءه(أنظر المثال أدناه). و يبدو أنه من الضروري من أجل التحليل الوظيفي لابد من التحديد **الفردي للمتغيرات؛ فولبي، 1986 يتحدث في هذه السياق عن "قاعدة مطلقة للعلاج السلوكي categorical Imperative of Behavior Therapy"** وهذا يعني أن أنماط السلوك التي تبدو متماثلة لدى أشخاص مختلفين يمكن أن تكون قد استثارتها شروط مختلفة كلية.

التخطيط للعلاج: تتضمن الخطوة الثالثة لتشخيص السلوك التخطيط للعلاج قائم على أساس تحليل السلوك و تحديد الهدف؛ وهنا لا يتم فقط تحديد الكيفية التي ستتألف

[1] ذو علاقة بالمذهب الطبيعي

منها الإجراءات العلاجية منفردة وإنما يتم هنا –مع مراعاة الشروط الفردية و المظاهر الذرائعية– اتخاذ قرارات، والتي يقصد بها في المحيط الناطق بالألمانية "الفاعلية أو التأثير Indications" (Seidenstuecker,1984). وعلى المرء أن يتصور التخطيط العملي للعلاج بشكل ديناميكي وسيروري (عملياتي): فمنذ الاتصال الأول يتخذ المعالج (في العادة بالتعاون مع المريض) قرارات حول الطريقة التي على المريض أن يشارك فيها في التعديلات العلاجية. ومن بين ذلك التسجيلات الذاتية و التقارير حول المجرى بين الجلسات و كذلك كيف ستكون الخطوات الأولى في تخطيط التعديلات الملموسة (على سبيل المثال التمرين على المواجهة مع المواقف المرهقة، وما يشبه ذلك). و بالتحديد لا يمكن من منظور الإدارة الذاتية التأكيد كفاية على المسؤولية الذاتية و المشاركة الذاتية للمريض. والمعالجين المتدربين بشكل خاص غالباً ما يكونوا واقعين بصعوبة أنهم غير متأكدين أي من الأسئلة عليهم أن يطرحوا على مريض ما؛ لهذا نقترح إلى حد ما كنموذج أولىMet model نوع من "عملية القمع funnel Process" (شكل 12)، نسعى في مجراه بداية في نوع من الغربلة إلى تحديد الحالة القائمة العامة. و يتكون القمع عندئذ من أنه عند التقدم في تدقيق المشكلة يمكن باستمرار طرح أسئلة أكثر تفصيلاً.

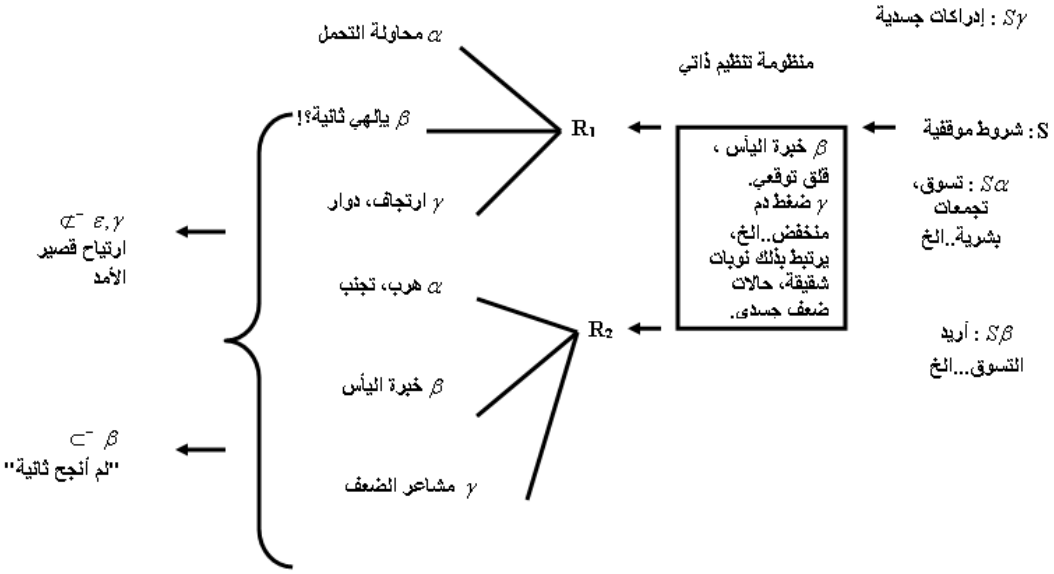


شكل (12) عرض لعملية القُمع عند استعراض الشكاوى الذاتية أو تحليل الشروط

ومن أجل توضيح الخطوات منفردة يوجد مجموعة من المخططات والتصويرات ترجع من حيث المبدأ لكانفر وساسلو، والتي حظيت في هذه الإثناء بنوع من التفصيل (Reinecker,1994). وفي إطار تقديم طلب صناديق الضمان الصحي يطلب اتخاذ القرار بالنسبة لتسلسل كامل من النقاط. وقد قام شولتز (Schulz,1992) بمعالجة هذه المنظومة بشكل تفصيلي لأغراض تعليمية. ولن نتطرق لهذه التصويرة هنا (راجع مساهمة S. Fliegel في هذا الكتاب)وبدلاً من ذلك سوف نعرض مثالاً للمكون الرئيسي للتحليل الوظيفي، أي نموذج الشروط الافتراضي (شكل 13).

ويمثل نموذج الشروط الافتراضي تلخيصاً للبيانات من تحليل السلوك؛ إنه دائماً مؤقت و مفتوح على التعديلات، إلا أنه يقدم أساساً لتحديد الهدف و تخطيط العلاج و إجراءه. وهو لا يمكن الاستغناء عنه ليس لأغراض التدريب اللاحق والتدريب

المستمر فقط وإنما أيضاً لأغراض الممارسة العلاجية، لأنه بهذا فقط يمكن تحديد المكونات الأساسية و تصحيحها في مقتضى الحال.



شكل (13) مثال لنموذج شروط افتراضي لدى مريضة تبلغ من العمر 35 سنة، متزوجة، وتعاني منذ حوالي 4 سنوات من "اضطرابات هلع مع رهاب الأماكن العامة

خلاصة

♦ من أجل صحة نموذج شروط افتراضى أو بماذا يساعدنا هذا النموذج لبناء النظرية؟

إن بناء نموذج شروط افتراضية اعتبر أعلاه جوهر تحليل السلوك؛ فمع تزايد الخبرات العلاجية يكتسب المرء نوع من التدريب على بناء مثل هذا النماذج التى تغري عندئذ كثيراً من خلال نوع من الوضوح و الأناقة. و من منظور ذرائعى يرى المرء –واستناداً إلى كانفر و فيليبس Kanfer & Phillips,1970، أو شولته 1974 .Schulte– نموذج الشروط كعضو رابط بين نظرية السلوك و العلاج السلوكى بمعنى أن صحة، أي نجاح العلاج يعد دليلاً على صحة النظرية الكامنة خلفه. وهذه الحجة لا تنطبق في هذا الشكل على ما كان قد أشار له بوستمان Postman,1947؛ فوستماير Westmeyer,1975أوضح تحت حجج منطقية–شكلية formal-logical Argumentation، بأنه لا يمكن أن ينظر للعلاج على الإطلاق "كمبدأ إثبات" لنظرية السلوك. بكلام مبسط لابد من الإقرار بهذه مباشرة، لأنه بين النظرية ونموذج الشروط و العلاج لا يوجد علاقة اشتقاق منطقية–شكلية. وبالتالي لا يستطيع المرء طبقاً لذلك الحديث عن "استخدام" النظرية في العلاج.

ومن دون عرض كل الحجج هنا يمكننا أن نشير إلى نقاط مختلفة، تمتلك أهمية كبيرة سواء بالنسبة للعلماء أم بالنسبة للممارسين.

إن صحة نموذج الشروط الافتراضى لا يمكن إثباتها على الإطلاق – وهذا أصلاً ليس هو المقصود أصلاً في العادة. بل الأهم من هذا كله أنه وإلى أي مدى يمتلك نموذج الأسباب من الناحية الاسترشادية بالنسبة لتخطيط

العلاج و لإجراء العلاج أهمية توجيهية heuristic Relevance. ومن هذه الزاوية فإن النموذج من الممكن أن يمتلك وضعية نظرية علمية من "الضلال المفيد".

إن صحة نظرية السلوك كذلك لا يمكن برهانها من خلال النجاحات العلاجية، لأنه لا يوجد علاقة اشتقاق مباشرة. بالإضافة إلى ذلك فإن النظرية لا تمتلك صفة الحقيقة، وإنما هى طروحات مؤقتة، هى فرضيات توجه تصرفاتنا (Popper,1969;Stiegmueller,1974).

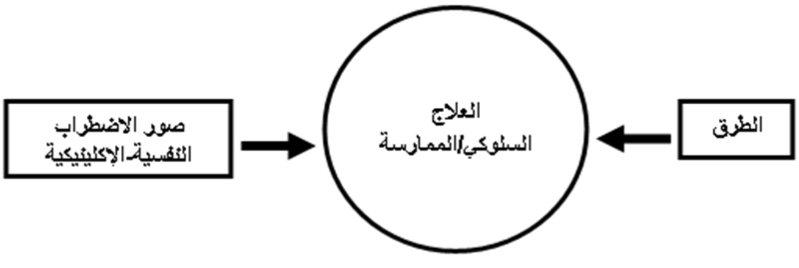
من المؤكد أن **نجاح (صحة) العلاج** من منظور المريض و المعالج هى المحك الأهم. فنموذج الشروط يمتلك بالنسبة لتخطيط العلاج و تنفيذه قيمة ذرائعية موجهةheuristic ، ومن الممكن أن يكون مفيداً البحث عن الأخطاء في نموذج الشروط في حال الفشل في العلاج (وكذلك في مجالات أخرى**!**). وبهذا فإنه من واجبنا طرح نموذج الشروط بدقة وبشكل ملموس و مؤصل، بمقدار ما يكون ذلك **ممكناً**؛ إلا أننا في كل الأحوال علينا ألا نتوقع **ضمانة** لصحته أو لنجاح العلاج القائم بناء على ذلك. ♦

طرق العلاج السلوكي

ليس من النادر أن يتم النظر للعلاج السلوكي على أنه تجميع للطرق أو للتقنيات الناجحة؛ و ينطبق هذا بشكل خاص على توقعات المريض و كذلك لدى مرشحي التدريب المستمر: فكل المرشحين تقريباً يكونوا قد تعرفوا تأسيسياً على أساليب علاجية أخرى بدرجات مختلفة. و في إحدى التوضيحات الدافعية للتأهيل اللاحق في العلاج السلوكي عبر جميع المشاركين تقريباً عن الرغبة بأن يتعرفوا على طرق "قوية" أو تقنية "فاعلة" وأن يستخدموها. ولن نناقش في هذا الإطار مشروعية هذه القوالب المتباينة Hetero stereotype(أو ربما حتى الآلية auto stereotype). فمع تأكيدهم على الفاعلية و التقويم و الاستخدام الشفاف للأساليب العلاجية من أجل تعديل أنماط السلوك المشكلة (أنظر حول هذا سمات العلاج السلوكي في بداية هذا الفصل) فإنه من المؤكد أن يكون ممثلي العلاج السلوكي المشهورين قد أسهموا في هذا النمط من التوقع.

ويخضع عرض الطرق العلاجية لإمكانيتين، من أجل جعل الممارسة العلاجية السلوكية شفافة و ممكنة التعلم (Goldstein & Foa,19890, Kanfer & Fhillips,1970, Rimm & Masters, 1979,Kanfer & Goldstein,1986, Bellack, Hersen & Kazdin, 1990, Dobson,1990, Linden & Hautzinger, 1993 Fliegel et al. ,19810 وانظر كذلك الشكل 14).

وهناك بديل لذلك يكمن في وصف صور الاضطرابات النفسية و في العرض من



شكل (14) عرض المدخل المتجه طرائقياً أو المتمحور حول الاضطراب في ممارسة العلاج السلوكى

منظور الإشكالية المعنية (Tunrner & Calhoun,1992, Reinecker,1994, Bellack & Hersen, 1990, Hautzinger, 1994, Ammerman &Hersen,1993-. وكم من السهل أن نرى أن كلا المدخلين يمثلان حالة مثالية: فصور الحالات الإكلينيكية (من نحو اضطرابات الهلع على سبيل المثال) هي عبارة عن تجريد مثلها مثل طرق العلاج (أساليب المواجهة) . إن تطبيق الأساليب العلاجية في الممارسة العملية يحتاج مراعاة الظروف الملموسة و وضع المشكلة الفردية ... الخ؛ ولهذا السبب يفترض ألا يتم الخلط بين عرض الطرق مع مستوى الممارسة العلاجية. إلا أن وصف الطرق العلاجية يقدم **إطار تصرف** مفاهيمي؛ فمن المؤكد أنه لا يمكن تعلم العلاج السلوكي من الكتب فقط (وبوضوح ليس من الوصوفات التالية للطرق)، إلا أن الوصف ذو التوجه نحو الممارسة و الملموس قدر الإمكان ينبغي له أن يقدم محاولة للمساعدة في تعلم الإجراء العلاجي (أنظر Reinecker & Schindler,1996) وعليه بالإضافة إلى ذلك أن يقدم للقارئ المهتم نظرة ملموسة قدر الإمكان في حدث التصرف العلاجي السلوكي.

وقد أشرنا سابقاً عند الحديث عن نموذج العملية للعلاج السلوكي إلى أن استخدام الطرق عبارة عن مرحلة في المجرى العلاجي؛ فكطرق بالمعنى الواسع فإنه من المؤكد أنه ينبغي النظر لكل الاستراتيجيات التحضيرية: استراتيجيات إدارة الجلسة، توضيح الدافع وتوضيح الهدف... الخ. وهذه أيضاً لا يمكن فهمها بشكل مستقل أو منفصل عن المظاهر التقنية: فالتقنيات العلاجية لا تكتسب أهميتها إلا في سياق الإجراءات التحضيرية على المستوى التحليلي السلوكي و والدافعي. و غالباً ما يتم وصف المظاهر الدافعية بشكل خاص ومسائل بناء العلاقة العلاجية... الخ على أنها استراتيجيات "غير نوعية"، وهذا يحتاج إلى تدقيق من ناحية أن التفريق على المستوى التكنولوجي من الممكن أن يعطي معنى. وعلى مستوى **الممارسة العملية** لا يمكن فصل عوامل التأثير النوعية وغير النوعية ببساطة: إذ أن بناء علاقة علاجية و بناء دوافع التغيير ... الخ يحدث استناداً إلى تعديل حاصل من خلال استخدام الطرق العلاجية؛ وبالتحديد في الاضطرابات النفسية الوخيمة تكمن المشكلة الأساسية في حفز المريض على أن يجعل

نفسه تتغير (أي على استخدام أسلوب ما). و هنا يتداخل بناء العلاقة و التحضير للعلاج و تطبيقها العملي مع بعضها العض بشكل كامل تقريباً؛ فبدون توصيل نموذج معقول لمشكلته و من دون تفسير معقول لمبدأ التأثير العلاجي لن يترك المتعالج نفسه تتعالج إلا بصعوبة. ولهذا فإن الفصل على المستوى العملي إلى عوامل تأثير نوعية وغير نوعية هو أمر متوسط إلى عديم الفائدة: فحتى بناء العلاقة العلاجية ليس هدفاً بحد ذاته و إنما يتم من منظور التعديلات العلاجية.

و من وجهة نظر علمية يعني وصف الطرق النظرية عرضاً على مستوى **التكنولوجيا**: فالتقنيات هي عبارة عن إجراءات من أجل تحقيق أهداف محددة بشكل فاعل قدر الإمكان. لهذا فإن محك التقويم الحاسم أيضاً ليس الحقيقة (كما هو الأمر في النظرية)، وإنما الفاعلية و الكفاءة. ففي العادة تقوم التكنولوجيات على نماذج نظرية، سميت بالنسبة للعلاج السلوكي في الوصف أعلاه العلوم الجارة (أو التخصصات الجارة). الطرق التكنولوجية تقدم خلفية للتصرف العملي، وينبغي عدم الخلط بين كلا المستويين.

ومن أجل عرض طرق العلاج السلوكي توجد مجموعة من اقتراحات التقسيم المختلفة. وهنا سيتم التوجه بناء على جدول مأخوذة عن رايتكر Reinecker بشكل معدل قليلاً (الجدول 1).

الجدول (1) عرض منهجي للطرق العلاجية في العلاج السلوكي.

المبدأ العلاجي	الأساليب العلاجية
تقنيات ضبط المثير/ مواجهة القلق	**أساليب المواجهة:** **خفض الحساسية المنتظم، المواجهة المتدرجة، الاستراتيجيات المتناقضة، مواجهة القلق.**

تقنيات ضبط السلوك من خلال تعديل العواقب (الأساليب الإجرائية)	تقنيات التعزيز، الإطفاء، أساليب العقاب (قطع الوقت؛ تكاليف التبعة response Cost؛ طرق التنفير).
تقنيات التعلم وفق النموذج	بناء السلوك، تسهيل السلوك، تعلم التمييز.
استراتيجيات ضبط الذات	ملاحظة الذات، تعزيز الذات، ضبط الاحتمالات، إدارة الاتفاقات، ضبط المثير)
الأساليب العلاجية الاستعرافية	التكييف-المغطى، العلاج الاستعرافي (بيك Beck)، العلاج الانفعالي المنطقي (إيليس Ellis). تدريبات تعليمات الذات، تمرين حل المشكلات، تمرين العزو.

تقنيات ضبط المثير/و المواجهة و أساليب التغلب

تنطلق هذه المجموعة من الأساليب العلاجية السلوكية (بالمعنى الأوسع) من المبدأ القائل أنه من أجل تعديل أنماط السلوك المختلة وظيفياً فإنه لا بد من المواجهة مع الموقف الذي يعد إشكالياً (لهذا سميت بضبط المثير). مثال ذلك تشكله المجموعة الكبيرة من اضطرابات القلق، و التعلق و اضطرابات الطعام و استجابات الحزن... الخ. ويتكرر في المراجع بكثرة الاستخدام على مراحل لهذه الطرق، ومن أمثلة ذلك الخوف من المرتفعات و معالجتها الذاتية لدى غوته Goethe وكذلك إشارة فرويد في العام 1917 حول أنه لا يتم التغلب على الخوف إلا من خلال المواجهة مع الموقف المشكل. لقد

حدث التنظيم systematize و التأصيل النظري و الاستخدام المنهجي منذ تأسيس العلاج السلوكي.

وفي هذه المجموعة من الطرق العلاجية لابد من التفريق لأسباب تاريخية وتعليمية التمييز بين أربعة فصول، وهي

- خفض الحساسية المنتظم
- المواجهة و منع الاستجابة
- تنويعات وتطويرات أخرى
- التدريب على مواجهة القلق.

1. خفض الحساسية المنتظم

تم تطوير أسلوب خفض الحساسية المنتظم Systematical Desensibilizationالذي يختصر (SD) من قبل ولبي Wolpe,1958؛ فقد استند هنا على بعض الدراسات التجريبية (بشكل غالب مع القطط) وعلى الصورة الإكلينيكية ليونس M. C. Jones, 1924 و من المنظور النظري على نظرية بافلوف Pawliw,1927 و هل Hull,1943. ففي دراساته النظرية تمكن ولبي في عام 1952 من البرهان أنه قد تم تخفيض القلق و استجابات التجنب علاجياً لدى حيوانات التجربة؛ وقد استخدم لهذا مبدأ ضبط المثير، من ناحية أنه قد خفف بدرجة قليلة جداً استجابة التجنب للقطط من خلال قفص قليل الشبه مع الموقف الصادم. وفي مجرى العلاج اقترب ولبي بالتدريج من خصائص مثير قفص الموقف المرهق بالأصل. و قد وصف كمبدأ تأثير النموذج الذي استند عليه لهيل Hull,1943الكف (المشروط) للقلق: ومن خلال إطعام القطط في موقف جديد، قليل الاستثارة للقلق (القفص) يتم تشكيل **الكف** من القلق، الذي استقر من خلال التكرار الملائم (الكف المشروط). لدى البشر يمثل الاسترخاء بشكل خاص

استجابة مضادة للقلق (قارن Jacobson,1938). و يمكن تعلم هذا الاسترخاء بسهولة واستخدامها لكف مقدار ضئيل ومتزايد بالتدريج من القلق.

ويتكون خفض الحساسية المنتظم وفق ولبي من ثلاثة عناصر أساسية، وهي:

- بناء **هرم فردي** من المواقف المثيرة للقلق.
- التمرن على أسلوب مضاد للقلق، وبشكل خاص **الاسترخاء العضلي**؛
- **التقديم** التدريجي (في الواقع أو بالتخيل) للمواقف المثيرة للقلق.

أصبح خفض الحساسية المنتظم أول أسلوب علاجي مشهور للعلاج السلوكي – حتى أنه كان يعد حتى ستينيات القرن العشرين مساوياً للعلاج السلوكي إلى حد ما. وبالفعل علينا القول بأنه قلما يوجد داخل العلاج النفساني أي أسلوب علاجي منفرد، تم فحصه وتقويمه بشكل مفصل وواسع مثل خفض الحساسية المنتظم. ومع أنه ما زال هناك حتى اليوم اتفاق واسع حول الفاعلية إلا أنه سرعان ما وجهت انتقادات إلى الأسس النظرية للأسلوب؛ فتوجه هذا النقد بالدرجة الأولى إلى تنويعات منفردة (إلى حد ما التجريبية) للأسلوب.

ولم يكن التباين Variation فيما يتعلق بالعرض الواقعي مقابل المتخيل إشكالياً بعد، وتم نشره من ولبي بين عامي 1958 و 1969. إلا أنه تم تفنيد خفض الحساسية المنتظم وبشكل خاص في أواخر الستينيات من القرن العشرين بلا رحمة (أنظر Yates,1975): وعلى سبيل الذكر نشير هنا بشكل خاص إلى استخدام **هرميات أو تسلسلات معيارية standard hierarchies** و التخلي عن **الاسترخاء**، و معالجة **الفقرات بتسلسل** عشوائي أو متصاعد (أي البدء بفقرة القمة).

و لم يمس هذا التباين التقني التعليمات المعطاة من ولبي؛ فقد ظهر أنه يمكن للمرء أن يخرق كل القواعد التقنية تقريباً، دون أن يمس بفاعلية الأسلوب. و كل هذا قاد إلى نقاش متطرف جداً للأسس النظرية لخفض الحساسية المنتظم.

ومن وجهة النظر الراهنة يمكن تقديم مجموعة من التفسيرات المختلفة (و ذلك إلى جانب بعضها البعض عملياً) لتفسير تأثير خفض الحساسية المنتظم:

- **الكف التبادلي reciprocal Inhibition**، كما وضحه ولبي (Wolpe,1958) على أساس نظرية هل (Hull,1943)؛ فمن خلال الاسترخاء يتم كف القلق إلى حد ما وتهديمه بشكل مستمر.

- **التعود Habituation**وقد تم إدخاله من قبل ليدر ووينغ Lader &Wing (1966)، أو ليدر وماثيوس Lader & Mathews (1968) كتفسير؛ فقد أشار بيرباومر Birbaumer (1977) إلى أنه يمكن على المستويات الفيزيولوجية أن تحدث عمليات اعتياد في مجرى خفض الحساسية المنتظم.

- عمليات **إطفاء** الإثارة (القلق): وقد تم تقديمه بشكل خاص من مجال أساليب المواجهة (Rimm & Masters,1979; Marks,1987). وطبقاً لذلك يعيش الفرد عملية الإطفاء التقليدي، لأنه يتم إضعاف الربط بين المثير الشرطي والمثير غير الشرطي ويتم كسره في النهاية.

- عمليات **التعزيز** الاجتماعي و التشكيل التدريجي لأساليب البديلة الخالية من القلق، وقد تم إدخال هذه الأساليب بشكل خاص من منظري التعلم (Bandora,197;Rosenthal,1982). في خفض الحساسية المنتظم يتم تعلم استراتيجيات جديدة فاعلة للمواجهة، غير القابلة للتوليف (متعارضة incompatible) مع سلوك القلق.

- مجموعة كبيرة و غير متجانسة في هذه الأثناء لإمكانات التأثير تدور حول النماذج الاستعرافية: وهنا يتم التأكيد أن تعديلات العمليات الفكرية، تعد عاملاً حاسماً لتعديل **التوقعات** ... الخ في العلاج. فإذا ما افترض المرء وجود متصل من عمليات التعلم فإنه من المؤكد أنه

علينا أن نسجل أن عمليات التعلم الاستعرافية تلعب دوراً حاسماً في علاج القلق (قارن Rachman,1990).

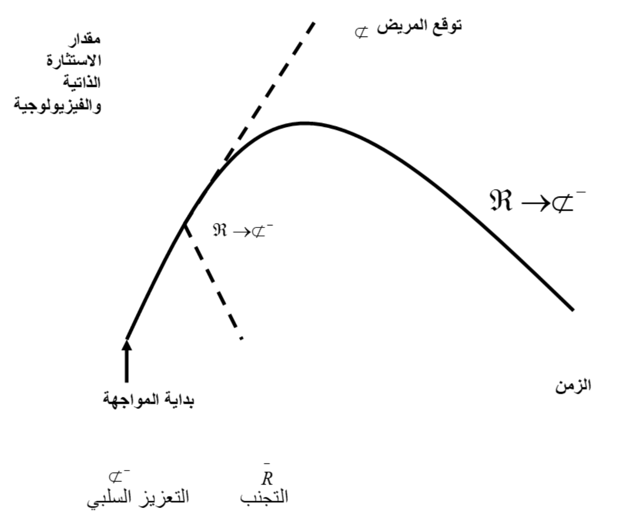
وبالنسبة للعلاج السلوكي يفيد خفض الحساسية المنتظم وبشكل خاص في الواقع in vivo: فهنا يتجنب المرء الصعوبات المرتبطة بالاستخدام "المغطى"(التصور)و كذلك مسألة التعميم على سياق الحياة الواقعي. وعند تنفيذ خفض الحساسية المنتظم في الواقع يتم تقسيم المواقف الصعبة إلى مراحل محددة ويتعلم المريض الاقتراب التدريجي أو المواجهة للفقرات أو الخطوات المتدرجة المبنية بشكل هرمي.

ومن المؤكد أن خفض الحساسية المنتظم لم يعد اليوم يلعب دوراً بارزاً في الرعاية الصحية ضمن طيف الطرق العلاجية السلوكية، كما كان الأمر قبل حوالي 30 سنة؛ و لا يكمن السبب الأساسي كثيراً في أن خفض الحساسية المنتظم قد فقد فاعليته أو تأصيله النظري (ياتس Yates,1975 يتحدث بالنظر للتطور عن "الولادة والحياة والموت" لخفض الحساسية المنتظم)، بل أن الأمر الحاسم يكمن أكثر في أنه يوجد في هذه الأثناء **بدائل**، على نفس الدرجة من الفاعلية من الناحية العلاجية(بل وأكثر فاعلية إلى حد ما) و يمكن استخدامها بشكل جيد في الممارسة. عدا عن أن هذه الأساليب تتضمن تأصيلاً نظرياً، وهو أمر لا يستطيع المرء الادعاء به في خفض الحساسية المنتظم.

2. **المواجهة ومنع الاستجابة**

يمكن اعتبار المواجهة ومنع الاستجابة Exposure/Reaction Prevention بأنها تطوير لخفض الحساسية المنتظم؛ إلا أنه تم تطوير الأسس و المبادئ و التنفيذ قد تم بشكل مستقل إلى مدى بعيد. ويقصد **بالمواجهة** تقديم أو اللجوء إلى موقف يخافه المريض؛ فمن خلال المشروطية modality و التوزيع الزمني. . الخ لا يتضح شيئاً بعد. فإذا ما تمت مواجهة المريض بموقف مثير للخوف فإن هذا سوف يثير استجابة خوف شديدة و بشكل خاص آليات التجنب (على المستوى السلوكي). وهذا التجنب و ما يرتبط بهذا من تعزيزات سلبية –وفقاً لنظرية العاملين لماورير Mowrer, 1947– هو المسؤول بدرجة

حاسمة عن تثبيت استجابة القلق . وبالذات هنا يتم استخدام المركب الثاني للأسلوب العلاجي، أي **منع الاستجابة:** وهذا يتضمن أنه يتم منع استجابة التجنب في المواجهة. ويمكن تنويع هذا المنع بأشكال مختلفة، بدءاً من المطالب الخارجية للمعالج وصولاً إلى ضبط الذات والإدارة الذاتية.



شكل (15) توضيح مبدأ المواجهة ومنع الاستجابة لارتفاع وانخفاض القلق عند المواجهة و التجنب أو في إطفاء القلق

بالإضافة إلى ذلك يمكن تصميم المواجهة (على سبيل المثال في المواجهة المتدرجة أنظر أدناه)، بحيث تتم استثارة طلائع ضئيلة من ميول التجنب. و المواجهة ومنع الاستجابة تنتميان لبعضهما كوجهين لعملة واحدة: فمن خلال المواجهة يصل الشخص (المريض) إلى اتصال مع الموقف المرهق ومن خلال منع الاستجابة **يعيش المريض أن** التوقعات التي يخشاها لم تظهر. ومن الناحية النظرية السلوكية يتعلق الأمر **بالإطفاء** القلق؛ ويمكن إيراد عدد من التفسيرات النظرية لهذا المبدأ الذي يمتلك من بينها **نموذج التوقع** الدرجة الأكبر من الوضوح و المنطقية. ويمكن توضيح المواجهة ومنع الاستجابة و مبدأ الإطفاء للقلق و عدم الهدوء من خلال الشكل التالي (شكل 15).

في بداية المواجهة يرتفع القلق و عدم الاستقرار و ميول التجنب و الأفكار الخوافة... الخ بدرجة كبيرة؛ وهذا يحدث في العادة إلى الحد الذي لا يعود فيه المريض يتحمل –و يتجنب في التوقع خبرة مقيتة للغاية. ومن خلال الهرب أو التجنب يتناقص القلق مباشرة بوضوح. ومن خلال مبدأ التعزيز السلبي هذا يستقر من جهة سلوك التجنب، ومن جهة أخرى لا يمكن أن يحدث اختبار لتوقعات المريض (أنظر أعلاه نموذج العاملين).

ويتم منع الاستجابة في هذا الشكل (شكل 15) بأن المريض يتخلى عن سلوك التجنب–وبهذا فإن ما يتم منعه هو سلوك التجنب عند المريض؛ وبهذا فقط يمكنه أن يحصل على **خبرة ملموسة** بحيث أن الموقف الذي يخشاه بشدة لا يظهر. وهذه الخبرة الملموسة، أي **خبرة** المريض في موقف ملموس تمثل على ما يبدو مبدأ مركزياً في مواجهة القلق؛ إذ على الرغم من أن المظاهر الاستعرافية ليست غير مهمة إلا أنها تكون في الخلفية من ناحية أن المريض يعرف في سياق نقاش منطقي عدم خطورة الموقف و لا منطقية تصرفاته.

> عادة ما يذكر المرضى بما معناه... "أنا أعرف أنه لا يمكن أن يحدث لى في مكان التسوق، في الباص، في الشارع... . ؛ أعرف أن هذا الأمر غير منطقى. ، ألا أذهب إلى هناك وألا أتجنبه، وهذا يقيد لى حياتي باطراد متزايد! ولكن من جهة أخرى ... فأنا **لا أستطيع**، لن أنجح أن أظل في الموقف... !"

وتكمن أهم قاعدة تقنية في تنفيذ المواجهة و منع الاستجابة في رؤية أنه على المريض أن يظل في موقف مرهق إلى أن يظهر انخفاض واضح للقلق وعدم الهدوء؛ و من الصعب تحديد وقت دقيق، وينبغي التخطيط لفترة تقع بين 100–120 دقيقة لتمرين

المواجهة. إن ترك الموقف في وقت مبكر خطير لأن المريض لا يستطيع تشكيل خبرة أنه قد واجه الموقف حتى انخفض القلق. وينصح من منظور المعالج في الجلسات الأولى أن تكون هناك مرافقة في العادة (من نحو مساعد المعالج على سبيل المثال). ويتطلب تنفيذ المواجهة وتخفيض القلق إلى جانب المظاهر التقنية مرونة زمنية أيضاً من جانب المعالج. وسواء من أجل المواجهة أم من أجل منع الاستجابة (يتحدث هاند Hand,1990 & 1992 في هذه الأثناء عن إدارة الاستجابة، للتأكيد على مظهر بناء البدائل السلوكية) توجد إمكانات مختلفة للتحقيق؛ و سوف نشير إليها فقط:

- التصور مقابل الواقع
- التنفيذ الفردي مقابل الجماعي
- مترافق بالمعالج أم مراقب من قبل الذات... الخ

في السياق الإكلينيكي يبدو أنه من المهم التطرق بدقة لذلك الموقف الصعب بالنسبة للمريض والمثير للقلق: ويطلق ماركس (Marks,1978) عليه تسمية "الموقف المثير eliciting Situation" و يرمز له اختصاراً (ES)، ويروج في "نموذجه الإكلينيكي للقلق" الذرائعي جداً للمواجهة بالتحديد مع هذا الموقف. فالموقف يستثير استجابة القلق المطابقة Exposure reactionاختصاراً (ER) والتي ينبغي وقفها من خلال منع الاستجابة كي يحصل إطفاء للقلق و بناء البدائل والسلوك غير المتوافق مع القلق. وعادة ما يتم ضبط منع الاستجابة خارجياً بالحد الأدنى (أي من قبل المعالج)؛ فمن خلال توضيح الهدف و مبدأ الشروط الطبيعية و التوضيح الدقيق للإجراء العلاجي يفترض أن يكون المريض نفسه مستعداً لمواجهة الموقف الصعب بالنسبة له، كي يحدث تغلب على القلق (معالجة انفعالية emotional processing، Foa & Kazak).

ويفترض أن تكون فاعلية المواجهة و خفض الاستجابة باعثة على الرضا الكبير؛ فضمن الشروط المناسبة يستفيد بشكل واضح من العلاج حوالي 80-85٪ من المرضى

المتضررين بشدة. و يعد ثبات الفاعلية في اضطرابات القلق بشكل عام مرتفعاً، وأقل رضاً في اضطرابات القهر، ولكن كذلك في اضطرابات التعلق. ومن المهم جداً- وبشكل خاص بالنسبة للفاعلية طويلة الأمد- بناء مستمر للبدائل: و هنا يتعلق الأمر بتسخير القدرات و الموارد الموجودة لدى المريض و دعمها. فمن دون بناء بدائل يحصل بمساعدتها على استقلالية مطابقة و إمكانات توجيه لمحيطه (الاجتماعي) و تشكل بالنسبة له مصدراً ملائماً للتعزيز، فسيبدو الانتكاس إلى أنماط السلوك الباثولوجية وارداً. ولابد هنا أن نؤكد بشكل واضح على أن ضبط الذات لدى المريض بهدف الإدارة الفاعلة للذات تحتل الأهمية الكبرى.

3. التنويع و تطويرات أخرى

من الصعب وضع الحدود بين الإمكانات المنفردة لأساليب المواجهة؛ فحتى خفض الحساسية المنتظم في الواقع In Vivo يتطلب (كما هو الحال في المواجهة ومنع الاستجابة) مواجهة مباشرة بموقف إشكالي. إلا أن هذا يحدث بشكل تدريجي و باستخدام استجابة مضادة للقلق (كابحة). وقد حضي مبدأ المواجهة باستخدامات مختلفة و تطويرات لاحقة سوف نتعرض لأهمها:

الإفاضة Flooding

يقصد بالإفاضة ("الإغراق بالمثير") مواجهة سريعة مع تنفيذ أقصى للموقف (البند الأعلى) يفترض للمريض أن يعيش القلق بدرجة قصوى و أن يتحمله. وغالباً ما تتم الإفاضة في الواقع و تتطلب من المريض في درجة كبيرة من الدافعية و القابلية لتحمل الضغط. فإذا ما دخل المريض في موقف صعب النسبة له و **عاش** في هذا بأن العواقب التي يخشاها (الإغماء، الموت... الخ) لم تظهر، فإنه بهذا يكون قد حصل اختراق مهم للقلق في علاج القلق. و تصبح الفقرات أو البنود التي يخشاها المريض بشكل أقل عندئذ أسهل على المواجهة؛ ويرى ممثلو هذا الاتجاه (من نحو فيغينباوم Fiegebbaum,1986 &1988) بأنه في هذا الشكل من المواجهة **المحشودة** تتهيأ الظروف

الملائمة للوقاية من الانتكاس: فالمريض يتعلم في مجرى الأسلوب مواجهة المواقف الحرجة و الصعبة في المستقبل وعدم تجنبها بأي شكل من الأشكال. وينعكس هذا كذلك بيانات في المتابعة الملائمة بالمقارنة مع المواجهة المتدرجة.

ويتم تنفيذ الإفاضة في العادة في الواقع؛ وفي الحالات الاستثنائية (على سبيل المثال إذا ما لم يكن بالإمكان اللجوء للموقف لأسباب مختلفة) تبدو المواجهة بالتخيل مفيدة. ويكمن **مبدأ التفسير** المركزي في الإفاضة في نموذج **الاعتياد Habituation**: فمن خلال وقت العرض الطويل يحصل تزايد بطيء ولكن متصاعد للاستثارة الفيزيولوجية والاستعرافية. وبالنسبة لتثبيت هذه العملية من التعلم لا تكفي في العادة مواجهة واحدة، وإنما يحتاج الأمر إلى عدة إعادات، حتى يمكن أن يتم اعتبار الموقف المشكل قد تمت مواجهته.

التفجير الضمني implosion

التفجير الضمني هو أسلوب مواجهة تم تطويره في ستينيات القرن العشرين (Stampf & Levis,1967 & 1973, Levis & Hare,1977). وبالنسبة لهذا الأسلوب تعد التفريقات التالية عن خفض الحساسية المنتظم والمواجهة ومنع الاستجابة و الإفاضة عناصر أساسية:

أ) المواجهة تتم في التصور فقط،

ب) تتم المبالغة بالموقف بشكل متطرف إلى حد ما،

ت) تعد تصورات النموذج السيكودينامية أساسية سواء بالنسبة للمستوى النظري أم التقني.

وتنعكس النقطة الأخيرة (ت) في الممارسة العملية من خلال بأنه على المرضى ألا يواجهوا المشهد الذي يقدمونه هم أنفسهم فقط، وإنما يتم عرض مشاهد عليهم، يعتقد المرء أنها ذات أهمية مناسبة بالنسبة للمريض بناء على الأفكار النظرية (على سبيل المثال

مواضيع العدوانية، الفمية، الشرجية الجنسية... الخ)

وفي البداية كان الاهتمام بهذه الطريقة كبيراً، إلا أن أهميتها قد تراجعت إلى الخلفية؛ أما الأسباب فتكمن بالدرجة الأولى بعدم دقة الوصوفات و مشكلات التنفيذ و بشكل حاسم جداً تطوير البدائل. ومن هذه الناحية تعد طريقة التفجير الضمني ذات أهمية تاريخية فحسب.

الإطفاء

الإطفاء المتدرج هو عبارة عن أسلوب ذو توجه ذرائعي كبير، تم استخدامه لمواجهة استجابات القلق المهم عيادياً و استجابات التجنب (Rimm & Master,1979).

وكما تحدثنا في التعريف يستند المرء من المنظور النظري على مبدأ **إطفاء** استجابات القلق و التجنب (Kimbel,1961). و في سبيل ذلك فإن التغيرات على مستوى أنماط السلوك مهمة كذلك مثل إعادة تصميم التوقعات و بناء البدائل.

وعل المستوى التقني تعد المظاهر التالية أساسية بالنسبة للإطفاء المتدرج (للتفريق عن أساليب المواجهة الأخرى):

- لا يتضمن أي مدخل للاستجابة المضادة للقلق.
- يتم تدريج لمواقف القلق، التي (في المعتاد) يتم عرضها في الواقع بحيث أنها لا تستثير أي استجابة تجنب.
- يلقي أهمية واضحة على تشكيل السلوك البديل الخالي من القلق: يتم دعم أولى البدايات من جانب المريض ويتم بواسطة الأساليب الإجرائية (أنظر أدناه) تشكيل مثل هذه البدائل بشكل ملموس.

الإطفاء المتدرج كما قلنا هو **ذرائعي** جداً؛ غير أن هذا يتضمن في تحليل السلوك تحديد دقيق لتلك المواقف التي تثير استجابات القلق والتجنب. وهنا ليس بالضرورة أن يتم طرح فرضيات خاصة حوا النشوء (على سبيل المثال باتجاه نموذج إشراط):

فالمواجهة –بطريقة متدرجة و بطريقة محددة من قبل المريض–ينبغي أن تتم تجاه تلك المواقف التي تستثير القلق بالنسبة له. وفي هذا السياق يتحدث ماركس (Marks,1978) عن "نموذج إكلينيكي للقلق clinical Anxiety Model" و استخدم كمبدأ التوليف بين الأحرف $ES \Rightarrow ER$. و يتضمن ES الموقف المثير للقلق، و ER استجابة القلق التي تحتاج عندئذ للإطفاء.

وكما هو الأمر في كثير من أساليب العلاج ذات التوجه الذرائعي الشديد فإن البرهان الصريح للفاعلية صعب، لأن مجموعة كاملة من المركبات تدخل أو تصب في الإجراء المركب للإطفاء التدريجي؛ ففي حين أن هذا مرتبط بالنسبة للاختبار التجريبي مع الصعوبات المعروفة، فإن الإطفاء التدريجي يتضمن بالذات تلك المركبات التي يرتبط بها في تعقيد موقف العلاج. ولم يعد يقتصر استخدام الأساليب المختلفة في هذه الأثناء على اضطرابات القلق (على الرغم من أن القلق يمثل مجالاً واسعاً) . فتوسيعات المبدأ نجدها في المجالات التي يتعلق فيها الأمر بالتمثل الانفعالي (Foa & Kozak,1986) للمواقف المرهقة والصعبة. و نجد أمثلة حول ذلك في استجابات الحزن المزمنة (Ramsey,1979)، وكذلك في المواجهة مع المواقف المثيرة المطابقة لدى مرضى بمشكلات الكحول و التعلق بالعقاقير و في إدمان اللعب واضطرابات الطعام... الخ. وتشترك هذه المشكلات في أن المرضى يواجهون مواقف مرهقة (من نحو الثلاجة الممتلئة بالطعام على سبيل المثال)؛ فالخطوة الحاسمة في العلاج تتضمن تناقص _إطفاء) القلق وعدم الهدوء و الاستثارة في هذا الموقف المرهق في العادة، حيث يتم توصيل و تشكيل استجابات المواجهة التدريجية المطابقة. وسواء من الوجهة النظرية أم على المستوى العملي فإنه يمكن الاستفادة من حالة أن المشكلة في الحالة المثالية ينبغي معالجتها في الموقف الذي تظهر فيه.

التدخلات المتناقضة paradox Intervention[1]

لا تعود جذور الاستراتيجيات المتناقضة بأي شكل من الأشكال إلى السياق النظري التعلمي أو النظري السلوكي (Frankl,1067)، ومن ثم فهو يمتلك تقليداً مستقلاً طويلاً. و يكمن مبدأ التدخل المتناقض (الموهم للتناقض) بدفع المريض من خلال استراتيجية علاجية ذكية للقيام بأنماط تفكير وأنماط سلوكية مناقضة لسلوكه الباثولوجي بشكل قطري diametric. و قد تمت العودة في هذا الوقت للأساليب المتناقضة ثانية و تم جعلها مفيدة بالنسبة للاستخدام العلاجي (وبشكل خاص آشر Ascher,1989). وبالنسبة لأساليب المواجهة فإن التناقض يكمن في أن المريض يدخل في تلك المواقف التي يتهرب منها أو يتجنبها بشكل خاص؛ فقد نشأت التطبيقات المعروفة للتقنيات المتناقضة من مجالات الاضطرابات الجنسية (منع الاتصال الجنسي) أو من مجال اضطرابات الكلام (كاللجلجة المقصودة على سبيل المثال) . ويتضمن المنطق الكامن خلف هذا المبدأ الفرضية بأن من خلال التخلي عن التجنب أو من خلال التعامل المختلف مع الموقف يتم بالتحديد تعطيل تلك الكوابح و الحصارات و المحددات التي تمثل الشروط الأساسية للاضطراب (من نحو القلق الاستباقي أو التوقعي على سبيل المثال). ومن المنظور النظري السلوكي لابد للمرء إلى جانب هذه الآلية المهمة أن يشير إلى مبدأ تهديم القلق من خلال المواجهة؛ لهذا فإنه لا بد من رؤية مظهر حاسم للتدخلات **المتناقضة في مقدمة** التدخلات العلاجية المهمة جداً: إذ أن مشكلة المواجهة لا تكمن على الأغلب في أن المبدأ ليس فاعلاً و إنما في مسألة فيما إذا كان المريض مستعداً و إلى أي مدى هو قادر على الدخول في الموقف المرهق بالنسبة له. وبالتحديد هنا، في سياق الدوافع و **التحفيز** للمريض تحتل التدخلات المتناقضة أهميتها النوعية. ومن هذه الزاوية تكمن آليات تأثير التناقضات في توصيل رؤية أخرى مختلفة كلية عن باثولوجية المريض، تتيح

[1] الأفضل تسميته الموهم للتناقض: Paradox تعمي شيء مناقض للعقل أو متناقض ظاهرياً ومع ذلك قد يكون صحيحاً.

له فرصة للمواجهة و التغلب على المشكلات التي كانت تعتبر حتى الآن غير قابلة للحل.

ومن المؤكد أنه ينبغي النظر لمشكلة محددة في الاستخدام غير الدقيق و إلى حد ما مبتذل-دائري لمفهوم التناقض: فمن البديهي أن كل الإجراءات العلاجية باتجاه الهدف تعني بالنسبة للمريض (بالاستناد إلى الموقف المشكل) التخلي عن نمط السلوك وحل المشكلة المرضيين (مع العلم أن نمط حل المشكلة هذا يشوه الحل الفاعل!). ويحتاج الأمر على الأقل إلى توضيح مفاهيمي ونظري دقيقين حول فيما إذا كان هذا "متناقضاً" وإلى أي مدى هو كذلك.

مواجهة القلق

يعد القلق انفعالاً إنسانياً ضرورياً ومركزياً (Marks,1987; Rachman,1990, Reinecker,1993). والمقصود بهذا أن شعور القلق يحتل أهمية كبيرة بالنسبة لبقاء النوع و الفرد و كذلك بالنسبة لتنظيم تصرفاتنا اليومية. "وإزالة" الخوف قد تمتلك عواقب وخيمة و لا يمكن التفكير به كهدف عام. و ما يشبه ذلك يوجد في مجموعة كاملة من استجابات اضطرابات القلق، التي لا يمكن فيها أبداً -وإلى حد ما لأسباب أخرى- "القضاء" على الخوف. فلنفكر بالقلق المعمم و اضطرابات الهلع و المواقف المرتبطة بمواقف في اضطرابات الضغوط التالية للصدمة... الخ. هنا (بسبب غياب مثيرات الدلالة التفريقية) ليس من الممكن على الإطلاق تجنب الموقف. إلا أن كل هذا لا يعني أننا جميعنا كأشخاص أو كمرضى واقعين تحت رحمة القلق مستسلمين. و يعني مصطلح **المواجهة Coping**القادم من أبحاث الضغط أنه يمكننا أن نتعلم التعامل مع المواقف والانفعالات المرهقة. وهنا وعلى الرغم من أن إشكالية مفهوم المواجهة المستخدم بشكل متضخم معروفة إلا أننا هنا لن نناقش هذه المشكلة.

ويتظاهر عنوان الفقرة "مواجهة القلق" بوجود وحدة ووضوح في الأساليب العلاجية، غير الموجودة أصلاً في الواقع؛ بل أن الأمر يتعلق بكمية غير متجانسة من

الاستراتيجيات العلاجية التي ينبغي وضع مجموعة كبيرة منها خارج مجال التقاليد العلاجية السلوكية (من نحو أساليب التأمل على سبيل المثال). معاً تبدو المساعي حول مواجهة القلق رؤية للانفعالات الإنسانية تعزو للمركبات **الاستعرافية** دوراً مهماً. وهذه المستويات الاستعرافية (على الأغلب المقاسة لفظياً) تتضمن الأفكار والتصريحات Statement القصيرة و الجمل والتقويمات... الخ التي تمتلك طبيعة افتراضية propositional بشكل عام و التي تبدي فيها بينها درجة عالية من التشابك. وهذه العمليات التفكيرية تحدد تلوين الانفعالات الإنسانية بدرجة عالية؛ فعلى الرغم من أنه لا يمكن استبدالها ببساطة ("... علي أن أفكر بشكل مختلف... ")، إلا أنه لدى توفر إدارة مناسبة للجلسة من الممكن أن تكون قابلة للتغيير. إلا أن التدريب على مواجهة القلق لا يظل مقتصراً على المستوى الاستعرافي، وإنما يتطلب عودة إلى مظهر التمرين العلاجي السلوكي-التقليدي.

عناصر التدريب لمواجهة القلق

♦ **تدريب التمييز**: ويقصد بهذا **التعرف** المبكر على استجابات القلق الذاتية و وكذلك تمايز هذه الاستجابات [التفريق بينها وتقدير درجتها]. فالمرضى يكبتون و يتجنبون ويهملون العلامات الأولى لخوفهم واستثارتهم الذاتية لتوقع anticipation الخطر -ويستجيبون بالهلع، عندما يغمرهم الخطر. ويساعد **التعرف** المبكر للمريض على تمييز العلامات الأولى للقلق و استخدام استراتيجيات مواجهة فاعلة بشكل مبكر (تغيير التنفس على سبيل المثال). وتذهب إجراءات التمييز باتجاه مشابه: يقوِّم المرضى قلقهم غالباً على أنه "هلع"، على أنه مرعب، على أنه لا يمكن تحمله أكثر... الخ؛ ويساعد التمييز على مقياس تقدير ذاتي (من الصفر إلى 100) المريض على تحقيق تفريق و تعلم أن القلق ليس بالدرجة نفسها دائماً. . الخ. ويساعد التعرف المبكر والتمايز

المريض هنا على الوصول إلى الشعور الذاتي الأول للسيطرة على القلق (من دون أن يزيله بشكل مباشر).

استراتيجيات لمواجهة القلق: وتتضمن هذه مظهر أن المريض يتوقف عن محاولة تجنب قلقه، وإنما يحرك البدايات الأولى للمواجهة. وهذا يشترط لدى المريض الاستعداد المبدئى لضبط الذات (تحمل المواقف المقيتة قصيرة الأمد) و القدرة لاستخدام استراتيجيات التعلم الموجودة أو التى يفترض تعلمها من جديد. و تحتاج استراتيجيات المواجهة الموجودة التأكيد الخاص، التى يستخدمها المريض بشكل فاعل في مواقف إرهاق أخرى والتى تشترط فقط النقل إلى مواقف القلق؛ فكثير من المرضى يستخدمون استراتيجيات منفردة أيضاً، لا تحتاج إلا إلى نوع من التصحيح أو التقديس. وفي الحالات النادرة لا تكون مثل هذه الإمكانات موجودة على الإطلاق؛ وحتى هنا توجد إمكانية توصيل استراتيجيات المواجهة؛ و هنا لابد من المراعاة الخاصة للخبرات السابقة والأولوياتpreference لدى المريض (على سبيل المثال مع أو ضد الأساليب التخيلية... الخ). و من منظور استعرافي-علاجى سلوكى توجد إمكانات مواجهة مواقف الضغط (تدريب التلقيح ضد الضغط) بشكل خاص(Meichenbaum,1977; Suinn & Richardson,1971. (أنظر حول هذا أدناه "أساليب العلاج الاستعرافية").

التمرين فى الأطر العلاجية بهدف النقل التدريجى على المواقف الطبيعية: فعلى الرغم من أن التمرن على مواجهة القلق يكون غير مريح بالنسبة للمريض في البداية، إلا أنه لا يمكن الاستغناء عنه من أجل التطبيق في المواقف الطبيعية. وكمعالج يمكنه أن يرافق المريض و يعطيه توجيهات لمواجهة موقف قلق واستجابة قلق ملموسين. وتحتل الاستثارة المقصودة للقلق أهمية خاصة (من خلال فرط التنفس على سبيل المثال). فهنا يطلب من المريض استحداث استجابة قلق مقصودة من أجل التمرن على استراتيجيات مواجهة مطابقة من

خلال هذه المواقف. و يمكننا فهم هذا على أنه جزء من التدخل المتناقض، إذ أنه في العادة يحاول المريض تجنب أي ظهور ولو ضئيل للقلق. و تمتلك استجابة القلق المقصودة و الموجهة من قبل المريض نفسه مظهراً مهماً جداً، يتمثل في أن المريض يعيش **الضبط**: فالقلق لا يتضمن باثولوجيا مستقلة عنه، وإنما يحظى المتعالج بالقدرة على حل القلق بنفسه، و يستطيع أن يتعلم التعامل مع هذا القلق بنفسه. وبهذا نكون قد تطرقنا لعناصر مهمة لمواجهة القلق أو الإدارة الذاتية.

وأخيراً لا بد من التأكيد بشكل عام على أن المواجهة أيضاً ليست هي **الحل** لكل المشكلات المرتبطة بالقلق (والانفعالات المقيتة)؛ فالكثير من الانفعالات تمتلك وظيفة مهمة في حياتنا. غير أن مواجهة القلق تشكل إمكانية للتعامل مع مواقف و استجابات القلق المزعجة والقيتة بالنسبة للمريض. و تعتمد مواجهة القلق بدرجة كبيرة على استراتيجيات ضبط الذات و المساعدة الذاتية للشخص و تجعل الشخص بهذا مستقلاً عن السياق العلاجي.

الأساليب الإجرائية (=طرق لضبط السلوك من خلال تعديل النتائج)

تمت معالجة أساليب ضبط المثير و النتائج هنا بشكل منفصل لأسباب تعليمية ومنهجية؛ ففي الممارسة العملية تتشابك الأساليب مع بعضها (على سبيل المثال **دعم** تقدم المريض في أساليب المواجهة). وحتى في المجال النظري والتجريبي فإنه يصعب فصل كلتا العمليتين عن بعضهما؛ و ينطبق هذا أكثر على مجال الممارسة العلاجية. إذ غالباً ما يتضح في سياق التحليل الوظيفي فيما إذا كان السلوك واقعاً تحت سيطرة شروط المثير أم شروط النتيجة؛ إلا أن نقطة الارتكاز الملموسة تنبثق عن التوضيح الدقيق للهدف ولتحديد الهدف من المعالج والمريض. عندئذ تفيد أساليب ضبط النتائج بشكل خاص كاستراتيجية علاجية، إذا ما كانت مشكلة المريض بسبب **تكرارها** تحتاج إلى تعديل.

ومن منظور التقنية توجد هنا الإمكانات التالية. (الشكل 16).

الشكل (16) تصويرة **SCHEMA** الاستراتيجيات الأساسية لضبط النتائج

	عرض	استبعاد
مثير إيجابي **positive Stimuli** **($S_1 = C^+$)**	تعزيز إيجابي العاقبة: **R↑**	عقوبة/ إطفاء العاقبة: **R↓**
مثير مقيت **aversive Stimuli** **($S_1 = C^-$)**	عقاب العاقبة: **R↓**	تعزيز سلبي العاقبة: **R↑**

R↑: تعني في هذه التصويرة أنه حسب قانون الأثر يتوقع ازدياد احتمالية الظهور.

R↓: تعني أنه ازدياد احتمال الظهور هو نتيجة العملية المطابقة.

ويتضح من هذا الشكل أن التعزيز السلبي و الإيجابي يقود إلى تزايد، بالمقابل فإن العقاب والإطفاء إلى تناقص السلوك من نفس الطبقة الإجرائية؛ و بالتحديد لا يمكن تعزيز السلوك فقد ظهر هذه السلوك و يمتلك احتمالية ظهور=1! تعزيزه يمكن أن يتم من خلال عرض نتيجة سلوكية، أي احتمالية سلوك من نفس الطبقة الإجرائية (Skinner,1953 &1969). ولابد لنا من الإشارة هنا فقط إلى أن هذا يحمل في طياته مشكلات مطابقة عند تحديد "الطبقة الإجرائية" أو الصعوبات التالية في مفهوم التمييز و التعميم.

الأساليب الإجرائية هي جزء أساسي من حياتنا اليومية –والتي لا نلاحظها على الإطلاق– (على سبيل المثال الضبط الإيجابي والمقيت في سياق العلاقة الزوجية والأسرة ... الخ). ويستفيد العلاج السلوكي من استخدام هذه الاستراتيجية ويحاول الاستفادة منها بشكل هادف حسب خصائص العلاج السلوكي. و لا يمكن تحديد فاعلية المعزز **إلا** بشكل تجريبي، أي أنه على الرغم من أن معطيات الشخص حول المثيرات الإيجابية والسلبية نوع من الدلالة بأن فاعلية تقديم مثير ما كعاقبة لسلوك مم تتحدد من خلال تعديل نسبة السلوك.

ولا ينبغي النظر إلى مفهوم **التعزيز** واستخدامه على أنه تصور ثابت. وقد أوضح سكنر بأن مبادئ التعلم تمثل تجريدات و تبسيطات لحدث معقد. وينبغي النظر إلى السلوك وعواقبه على أنها مجريات ديناميكية (في الحالة الأبسط كتشبيك أو تربيط)؛ فالسلوك الإجرائي يعرف من خلال أن يمتلك تأثير على المحيط و بأن المحيط يمارس الضبط على هذا السلوك... الخ. و التبسيطات تساعدنا على الرغم من تعقيدات مجرى السلوك على إيجاد الطريق وعلى تحديد البناءات المركزية المطابقة. ومن هذه الناحية لا يمكننا أن ننظر للأساليب المناقشة هنا على أنها مجرد "استخدامات" النظريات الإجرائية. فالنماذج النظرية تمتلك خلفية موجهة أو مساعدة تقدم لنا في سياق تبرير تصرفاتنا مجال تدخل مهم جداً.

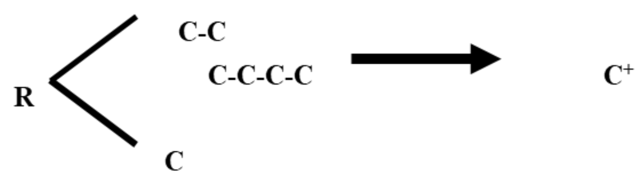
فإذا ما تأملنا الأساليب الإجرائية فيمكننا التمييز بين ثلاثة مجموعات كبيرة:

1. أساليب بناء السلوك
2. استراتيجيات تثبيت السلوك والحفاظ على استمراريته،
3. استراتيجيات عليا لإدارة الاحتمالية Contingency management

وسوف نعالج المجالات الثلاثة بشكل مختصر فيما يلي.

أساليب لبناء السلوك والحفاظ عليه

كإمكانات مهمة لبناء السلوك (أي لرفع احتمالية الظهور المستقبلية) لا بد من إدخال **تعزيز إيجابي**. والأمر الحاسم للفاعلية هو الاحتمال Contingency بين السلوك من جهة وبين النتيجة من جهة أخرى؛ و تعني الاحتمالية Contingency نسبة السلوك إلى نتيجة منتمية لهذا السلوك. وهذا مهم لأن السلوك في العادة واقع تحت ضبط متعدد للاحتمالية multiple Contingency Control –من الصعب التفكير بسلوك ما من دون عواقب. و من مجموعة كاملة من نتائج السلوك الممكنة سوف تؤثر تلك النتيجة/ المعزز التي تمتلكك بالنسبة للمثيرات الأخرى نوع من القوة pregnancy. ومن أجل توضيح نسبة الاحتمالية contingency relation فإنه من المهم تقديم نتائج السلوك بشكل غير مباشر، كي يتم التمكن من عرض هذه النسبة بشكل سهل. فإذا ما تم عرض المثير بتباعد زمني كبير عن السلوك (تعزيز متأخر)، فإنه يتم تصعيب التعرف على نسبة الاحتمالية على الفرد(الشكل 17).



شكل (١٧) ارتباط السلوك (R) و المعزز (C)

فقد أشار كل من غارسيا وآخرون Garcia et. al,,1972 إلى ما يسمى **بالارتباط** بين السلوك (R) و المعزز (C+)؛ فمن سلسلة السلوك لا تصبح تلك النتائج للسلوك

فاعلة بوصفها معززات، الموجودة على قرب مكاني وزماني من السلوك، وإنما يبحث الفرد إلى حد ما عن محيطه حسب المثيرات التابعة. وهذا المبدأ لنظرية التعلم الحديثة (Rescola,1988) يمكن برهانه في المجال تحت الإنساني. وهذا يشير أيضاً إلى التشبيك البيولوجي-التطوري لعمليات التعلم (Seligman,1970, McNally,1987)، وكذلك إلى الرؤية القائلة أن التعلم هو عبارة عن عملية فاعلة وتسير على مستويات عدة للتطور الإنساني.

وبالنسبة للممارسة العملية التي يتعلق فيها الأمر ببناء السلوك من خلال تعزيزات إيجابية تعد الإرشادات التالية مهمة:

- قبل استخدام المعزز الإيجابي يحتاج الأمر إلى تحليل وظيفي و تحديد للمعزز المهم (في العادة من خلال الملاحظة).
- كمعززات إيجابية لا تلاءم المعززات الأولية والثانوية فحسب وإنما أيضاً أنماط سلوك الفرد نفسه. (Premack,1965)
- ينبغي تقديم المعززات الإيجابية مباشرة بعد ظهور السلوك الهدف.
- لابد أن تكون العلاقة واضحة بالنسبة للفرد بين السلوك المرغوب وتقديم المعزز.
- من أجل تجنب تأثير الإشباع لا بدأن يتم تقديم المعززات بشكل متنوع قدر الإمكان (تنويع المعززات الإيجابية).
- من أجل بناء السلوك ينبغي أن يتم التعزيز الإيجابي في البداية بشكل مستمر، ومن أجل تثبيت (أنظر أدناه) السلوك ينبغي العبور نحو التعزيز المتقطع (Frester & Skiner,1957, Holand & Skiner,1971).
- عند اختيار السلوك الهدف ينبغي الانتباه بأن يصبح هذا معززاً ذاتياً أو يحظى بتشبيك في المحيط الطبيعي؛ بالإضافة إلى ذلك ينبغي للشخص

أن يصبح بالتدريج قادراً على تنفيذ المعززات بنفسه (أنظر ضبط الذات لاحقاً).

ويبدو أن هناك خلاف حول الفاعلية المبدئية لاستراتيجية التعزيز الإيجابي؛ فبالنسبة للاستخدام في السياق العلاجي يستطيع المرء الإشارة إلى تطور السلوك قبل الاجتماعي prosocial لدى الأطفال العدوانيين و على تطور سلوك الكلام . . الخ وكذلك على توصيل المهارات المعقدة لدى مرضى الطب النفسي؛ ففي مجال الاضطرابات الاكتئابية تمتلك الأساليب الإجرائية في بناء السلوك الفاعل دوراً كبيراً كما هو الأمر في تطور أنماط السلوك الجديدة في الرهابات الاجتماعية وفي إطار تنمية أنماط السلوك "الصحي" في الطب السلوكي (كالمطاوعة Compliance و سلوك الطعام، سلوك الحركة على سبيل المثال).

كثير من استراتيجيات التعزيز الإيجابي هي جزء من الذخيرة العلاجية بحيث أننا قلما نذكرها بشكل صريح؛ ومن بينها الدعم غير اللفظي للمريض من خلال الاهتمام ومن خلال إيماءة الرأس، ومن خلال الدعم اللفظي المباشر بالنسبة لتحقيق الأهداف الجزئية العلاجية. و يتم استخدام التعزيز الإيجابي بالتوليف مع أساليب أخرى على الأغلب، في إطار تعلم التمييز في تشكيل السلوك اللغوي أو بالتوليف مع استراتيجيات الإطفاء في مجموعات الأطفال العلاجية لبناء السلوك قبل الاجتماعي على سبيل المثال.

وكإمكانيات خاصة للتعزيز الإيجابي لا بد من الإشارة إلى بعض الأساليب التي تفيد بشكل خاص عندما يتعلق الأمر بتشكيل السلوك لأول مرة (عندما على سبيل المثال لا تكون أنماط السلوك الهدف موجودة في ذخيرة المريض بعد على الإطلاق):

التشكيلShaping: ويقصد به التشكيل التدريجي للسلوك، حيث يتم بداية تعزيز العناصر ونقاط الاستناد الأولى للسلوك الهدف (على سبيل المثال أول مقطع لفظي عند تشكيل اللغة الإنسانية). ويتطلب أسلوب التشكيل تحليل للسلوك الهدف إلى تلك

الاستجابات الأساسية التي يمكن اعتبارها أولى المقاربات وتعزيزها. في إطار التقدم يتم تعزيز التقارب بالتدريج بشكل تفريقي أكثر فقط، أي عندما تظهر دائماً تشابهاً أفضل مع السلوك الهدف.

التسلسل chaining: ويتضمن بناء نمط سلوك مركب؛ وهنا يتم تعزيز العنصر **الأخير** في السلسلة كأول عنصر، و تشكيل سلسلة السلوك إلى حد ما "من الخلف". وفي التسلسل يستفيد المرء من حالة أنه في سلسلة مركبة من السلوك يتم في العادة أولاُ تعزيز العنصر الأخير أي النهاية. ومن خلال مبدأ التوصيل (أو الربط) تكتسب العناصر منفردة من السلسلة بالتدريج طبيعة تعزيز (ثانوية) كذلك.

الدفع (التلقين) prompting: ويقصد بذلك تقديم المساعدة اللفظية أو السلوكية؛ فمن خلال التعليمات والمسك باليد والتوجيه... الخ يفترض أن يتم توجيه الطفل عموماً للسلوك المرغوب. وبهذا يشكل الدفع استراتيجية أولية جداً كي يتمكن التعزيز الإيجابي من التأثير.

التلاشي أو الإبهات fading: ويعني التخفيف التدريجي لمثير المساعدة؛ فمن أجل تعلم سلوك مركب يمكن في البداية تقديم مساعدة تصويرية أو سلوكية (على سبيل المثال إمساك اليد أثناء الكتابة...) و من خلال التقدم العلاجي يتم التخفيف من هذه المثيرات المساعدة ويتم تعزيز المبادرات المستقلة إلى أن يتم الوصول إلى السلوك الهدف في النهاية تحت سيطرة النتائج الطبيعية.

الاستراتيجيات المذكورة غالباً ما تكون مشبوكة كذلك في برنامج علاجي مركب؛ مثال ذلك تعلم السلوك الواثق بالذات، و بناء المهارات الحركية... الخ. وما يميز الأساليب الإجرائية يبدو بشكل خاص الإجراء التدريجي و تحليل نمط السلوك المركب إلى خطوات صغيرة فأصغر و الدعم المستمر للشخص في تنفيذ هذه الخطوات وصولاً إلى السلوك الهدف المركب.

ومن خلال تشكيل أو بناء أنماط السلوك المرغوبة لا يكون العلاج قد انتهى بعد في العادة؛ فالهدف الأهم يكمن في الإسهام في تثبيت السلوك (التعميم) فيما يتعلق بالمحددات الموقفية والزمنية. و تشكل الأساليب السائدة موضوع العرض اللاحق.

استراتيجيات إجرائية لتثبيت السلوك

لا يمكن النظر لهدف المساعي العلاجية في العادة بأنه قد تحقق عندما يحقق المريض الأهداف العلاجية المتفق عليها في إطار السياق العلاجي. فالعلاج بشكل عام جداً مرتبط أيضاً بشروط مثيرات نوعية بحيث أن نمط السلوك المتعلم حديثاً لابد وأن يقع تحت سيطرة الظروف إلى حد ما. و غياب هذه الظروف يتضمن عودة إلى تلك الضغوط الحاسمة على الأقل في نشوء واستمرارية الباثولوجيا. ويلاحظ هذا بطريقة خاصة في تنفيذ العلاج السلوكي ضمن الأطر المركزية (العلاج الترقيدي). و من منظور الاستراتيجيات الإجرائية توجد إمكانات مختلفة يمكنها أن تدعم التثبيت أو الاستقرار للذخيرة السلوكية التي تم تعلمها في العلاج.

ومن بينها بالدرجة الأولى النقل **التدريجي** من السياق العلاجي إلى شروط السياق الطبيعي؛ و يتضمن ذلك الانتقال من التعزيز المستمر إلى ما يسمى التعزيز المتقطع؛ لأن السلوك من خلال ذلك يكتسب مقاومة خاصة للإطفاء. في الممارسة العلاجية يمكن تحقيق العبور التدريجي من خلال أن يتم تطويل الفواصل بين الجلسات العلاجية (إلى 14 يوم... إلى أربعة أسابيع... . .). وفي المجال المركزي (الترقيدي) يمكن التفكير في نهاية الأسبوع بالمجال المنزلي و حتى بعبور تدريجي و تجريبي لشروط العمل... الخ.

وكمظهر ثان نشير إلى أنه يمكن الاهتمام مسبقاً داخل السياق العلاجي بالتثبيت؛ إذ ينبغي اختيار الأهداف العلاجية بحيث أنه لا يتم الحفاظ عليها من خلال التعزيز من جانب المعالج فقط وإنما في النهاية من خلال ما يسمى بالاحتمالات "الطبيعية" 'natural" Contingency. وتشكل أنماط سلوك الاستقلالية الذاتية و الثقة بالذات... الخ أمثلة يتم تشكيلها بداية بالمساعدة العلاجية و أخيراً يتم تعزيزها والحفاظ على استمراريتها

تحت الشروط الطبيعية (الجماعة المرجعية، الأسرة). وبشكل عام ينبغي للأهداف العلاجية والاستراتيجيات العلاجية أن تكون موجهة نحو تسهيل عودة المريض إلى السياق الطبيعي. ووجهة النظر هذه غالباً ما تحتاج إلى إجراءات ملازمة يمكن النظر إليها إلى حد ما على أنها استراتيجيات مستقلة: فالعلاج السلوكي يتضمن تحليلاً وفي مقتضى الحال تعديلاً لتلك الشروط التي تعد محددات الاضطراب. ويتطلب التحليل الوظيفي تعديلاً **لشروط المحيط** الاجتماعي؛ فالتدخل في المحيط الطبيعي للمريض كثيراً ما يصطدم بحدود القابلية للتحقيق. وفي العلاج السلوكي تتم على وجه حق مناقشة فيما إذا كانت هذه الحدود موجودة مع العبور من النشاط العلاجي إلى النشاط السياسي. فإذا ما وضع المرء النشاط السياسي والعلاجي على متصل؛ فإنه لا بد من التأكيد على أنه حتى ما يسمى النشاط العلاجي الصافي يتضمن أبعاداً ومضامين سياسية.

وبشكل خاص من أجل الوقاية من الانتكاس و التعامل مع الشروط المرهقة يفترض للعلاج ألا يركز فقط على تقديم المساعدة في صعوبة ملموسة؛ وفي الحالة المثالية يفترض للعلاج أن يوصل نوعاً من منظور حل المشكلة. ويمكن أن يتم طرح تحليل المشكلة وتحديد الهدف والتخطيط للعلاج في العلاج السلوكي بشكل صريح و شفاف، بحيث أن الإجراء العام يمثل نوعاً من النمط المرن للصعوبات المستقبلية و الضغوط والمشكلات. ففي الشكل الأبسط على سبيل المثال يتضمن مثل هذا المنظور، أن ينظر مريض ما إلى مشكلة متكررة الظهور على أنها مشكلة من جديد و يلجأ للعلاج النفسي بناء على خبراته السابقة. وفي الحالة المثالية يمكن للمريض أن يقوم بنقل واستخدام استراتيجيات حل المشكلة المتعلمة في العلاج على موقف المشكلة.

في كثير من الحالات لا يمكن التأثير على الشروط المحيطية أو تعديلها أبداً أو بصعوبة جداً (البنى الأسرية الثابتة على سبيل المثال لدى مرضى باضطرابات الطعام؛ والشروط البنيوية في مكان العمل لدى مريض يعاني من مشكلة الكحولية ... الخ). وهنا تفيد استراتيجيات **ضبط الذات** بدرجة كبيرة. ويتضمن ضبط الذات بشكل عام جداً بأن يتعلم المريض تحقيق احتمالية سلوكه و توجيه سلوكه بناء على ذلك. وهذا لا

يعني أن يترك المرء الأمر للمريض نفسه. بل أن ضبط الذات يتضمن مجموعة من الاستراتيجيات القابلة للتعلم و القابلة للتوصيل. وبهذا لا تكون قد تحققت المساعدة لتثبيت السلوك لأبعد من السياق العلاجي ضيق فحسب؛ بل يتضمن ضبط الذات أيضاً استقلالية المريض عن الشروط العلاجية باتجاه تقرير المصير و إدارة الذات. وقد تم تفصيل وجهة النظر في الإدارة الذاتية هذه من قبل كارولي وكانفر Karoly & Kanfer (1982) أوكانفر ورainكر و شميلتسر Kanfer & Reinecker & Schmelzer (1996).

استراتيجيات إدارة الاحتمالية

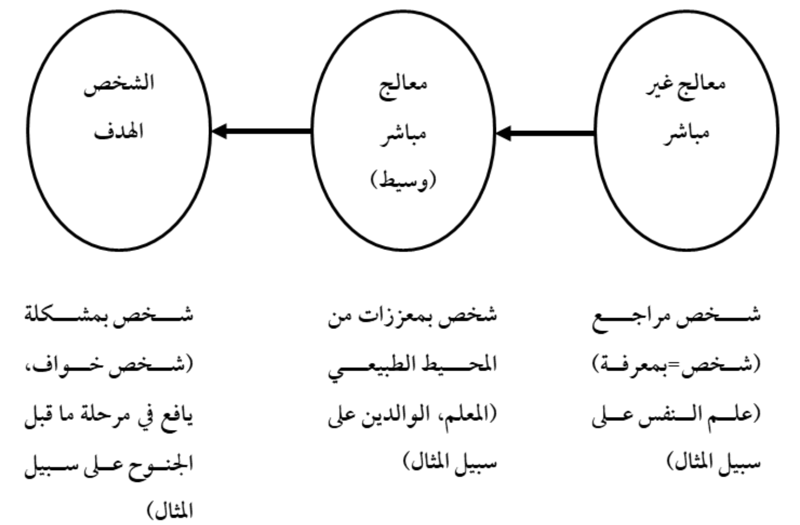
يقصد بإدارة الاحتمالية **strategy of Contingence management** الاستخدام المنهجي للاستراتيجيات الإجرائية –ارتباطاً **بالأهداف** لبناء أنماط السلوك الملموسة. و من الأمثلة النمطية في هذا النظام الرمزي token Economies، وإدارة العقود contract management و تطبيق إدارة الاحتمالية في الواقع الطبيعي.

والمقصود بالتنظيم الرمزي token Economies التقديم المنهجي لمعززات إشراطية تعميمية كنتيجة للسلوك المرغوب؛ فالرموز (أو ما يسمى بالنقود الرمزية) هي مواضيع ذات قيمة تبادلية (كالنقود على سبيل المثال)، يمكن أن يتم استخدامها إلى مدى بعيد بشكل مستقل عن الحالة الدافعية الراهنة للشخص. وقد تم استخدام التنظيم الرمزي بالأصل فيما يسمى بالأقسام المغلقة (من نحو المستشفيات الطبية على سبيل المثال)، من أجل حفز المرضى للقيام بنشاطات تسهل عليهم وجودهم الإنساني داخل وخارج المستشفى (من نحو ارتداء الملابس، النظافة الشخصية على سبيل المثال). و بالذات يشترط الاستخدام في الأقسام المغلقة (وكذلك في المدارس و ملاجئ اليافعين... الخ) منطق مؤصل و مبررات مطابقة لتصورات الهدف العلاجية؛ فقط من خلال هذا يمكن منع سوء استخدام التطبيق لنظام التعزيز الرمزي (من نحو من أجل التلاؤم مع المعايير السائدة على سبيل المثال).

وتتضمن إدارة العقود contract management اتفاقات عقدية –في العادة بين

المعالج والمتعالج؛ و هنا يتم الاتفاق على أنماط سلوكية كهدف و على المعززات التي ينبغي تقديمها هنا. وقد تم استخدام إدارة العقود (عقود الاحتمالية) في مجالات مختلفة، من نحو المشكلات الزوجية والكحولية و لضبط الوزن... الخ. العنصر المهم في إدارة العقود هو التحديد الدقيق لأنماط السلوك الهدف و الاحتمالية contingence التي تتم بالنسبة للظهور أو عدم الظهور. ومن الواضح هنا أنه يمكن إجراء العقود ليس بين المعالج والمريض فحسب وإنما يبدو من المهم هي تلك العقود التي يجريها الشخص بينه وبين نفسه كما يحدث في إطار ضبط الذات.

وتستفيد استخدام إدارة الاحتمالية في المحيط الطبيعي من الوضع المتمثل بأنه في العادة يمتلك أشخاص المحيط الطبيعي للمريض المعززات الحاسمة وليس المعالج. ويتم تدريب أشخاص المحيط الطبيعي هؤلاء في إطار إدارة الاحتمالية على تقديم المعززات بشكل هادف بالنسبة للسلوك الهدف المرغوب. ويتضمن التصور الذي طوره تارب و وتسل Tharp & Wetzel,1975 تعديلاً لعلاقة المعالج-المتعالج باتجاه نموذج



شكل (١٨): مبدأ نموذج الوسائط

ثلاثي (الشكل 18)

من الإجراء الذي أصبح معروفاً تحت اسم "نموذج الوسائط Mediators Model" تعزى فيه لما يسمى بالمعالجين المباشرين الدور المركزي في تعديل السلوك المركزي لشخص هدف: وبما أنهم يمتلكون المعززات الأهم يحتاج الأمر في التدخل المحترف بشكل خاص إلى تدقيق **الأهداف** و سمات ملموسة لأنماط السلوك غير المرغوبة؛ وكنتيجة لمثل هذا النمط من السلوك (كالسلوك التعاوني لدى طفل عدواني في مجموعة الروضة على سبيل المثال) يقوم المعالجون المباشرون (الوالدين، المعلمون، مدير التجربة على سبيل المثال...) بتقديم النتائج المتفق عليها. ويمكن الحصول على أمثلة حول الاستخدام ومن بينها تدريب الوالدين لدى بيريز و مينسل وفايمر Perrez, Minsel & Wimmer,1985)، وكذلك يمكن استخدام مبادئ علم نفس البلديات كتطويرات لاحقة للمبادئ الإجرائية في مجال الأطر الطبيعية.

خلاصة

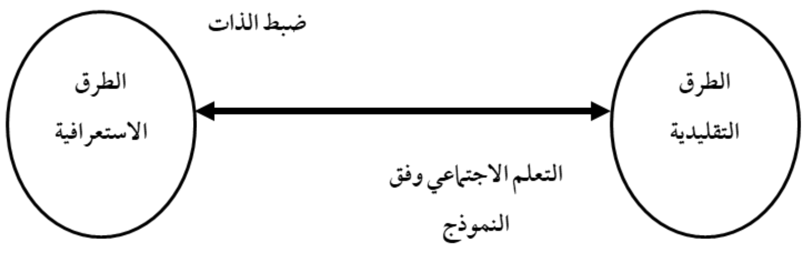
♦ لا يمكن تقدير أهمية الأساليب الإجرائية بالنسبة للعلاج السلوكى كفاية؛ و هذا لا ينطبق من المنظور التاريخى فحسب: فعلى الرغم من تطور التصورات الاستعرافية (أنظر أدناه) فإن التقنيات الإجرائية تنتمى للمجالات التقليدية و المبرهنة داخل العلاج السلوكى.

كما تمتلك التقنيات الإجرائية خارج المجال النفسى الإكلينيكى الضيق أهمية كبيرة: نذكر منها على سبيل المثال الاستراتيجيات في مجال المدرسة و الإدارة و إدارة الموارد البشرية و مجال تأمين الطاقة و حماية البيئة... الخ. وهنا يتعلق الأمر بشكل عام جداً بتوجيه السلوك الهدف المطابق من خلال تخطيط الاحتمالية (كاستخدام وسائط النقل العامة؛ شفافية استهلاك الطاقة على سبيل المثال). ويمكن رؤية مجالات استخدام أخرى للتقنيات الإجرائية في مجال الطب السلوكى، وبشكل خاص في ميدان الوقاية من عوامل الخطر التى ترتبط

بأنماط **سلوكنا** ارتباطاً وثيقاً (كالتدخين والتغذية و الحركة... الخ على سبيل المثال). و هنا لا بد لنا من الانطلاق-كما هو الحال عموماً في توجيه سلوكنا- من ضبط متعدد. غير أنه في تناغم الشروط المطابقة فقد يكون إهمال دور العوامل الإجرائية شديد الإشكالية. ♦

التعلم وفق النموذج

ترتبط طرق التعلم وفق النموذج بدرجة كبيرة باسم باندورا A. Bandora(على سبيل المثال Bandora,1969,1977 & 1986). ويتضمن التعلم وفق النموذج الحقيقة



شكل (١٩): توضيح مركز التعلم وفق النموذج في إطار الطرق التقليدية والاستعرافية

القابلة للملاحظة المتمثلة في أن الناس (وكذلك أيضاً المخلوقات مادون البشرية على ما يبدو) قادرون بطريقة سريعة وفاعلة إلى حد ما على ملاحظة السلوك المعقد للأشخاص الآخرين وتقليده و تثبيته في ذخيرة السلوك الخاصة.

و لابد من النظر للتعلم وفق النموذج بأنه واقع في سياق نظرية التعلم الاجتماعية و يقصد به بأن عمليات التعلم تتأثر بدرجة كبيرة بالمحددات الاجتماعية و البين شخصية؛ و بهذا فإن طرق التعلم وفق النموذج تحتل في المتصل الممتد من الطرق التعليمية النظرية التقليدية وصولاً إلى الطرق الاستعرافية مركزاً وسطياً (الشكل 19).

وكأساس للتعلم الاجتماعي يتم التأكيد من باندورا باستمرار على أهمية العمليات التالية و التي ينبغي أن نعدها إلى حد ما شروط للتعلم وفق النموذج:

عمليات الانتباه: وتتضمن الإدراك و التصفية الانتقائية للمعلومات من خلال ملاحظ؛ وهذا الانتباه للملاحظ يتم توجيهه على ما يبدو من خلال سمات النموذج ومن خلال الشروط الدافعية والانفعالية للملاحظ.

عمليات التخزين للمعلومات: بما أن التقليد غالباً ما لا يحدث بشكل مباشر، فلا بد لدى الملاحظ من افتراض وجود عملية تخزين؛ و علينا أن نتصور هذا التخزين على أنه حادث **فاعل** في منظومة التمثيل اللفظية والتصويرية (و ليس بأي شكل من الأشكال على شكل من الصورة السلبية) وعلى ما يبدو فإن الفرد يقوم بتخزين تلك المظاهر من الحادث المركب المهمة في سياق الحاجات **الخاصة**.

عمليات الاسترجاع: تتضمن فرضية **عمليات الاسترجاع reproduction process** المعرفية واللفظية و الحركية، شرطاً –على الرغم من أنه تافه– إلا أنه مهم جداً. وهذه تتضمن الشروط العقلية والفيزيائية غير القابلة للاسترجاع من دون النمط الملاحظ. وبالتحديد على مستوى عمليات الاسترجاع يبدو أنه تكمن أيضاً إلى حد ما الحدود الوثيقة للتعلم وفق النموذج: فعلى ما يبدو نحن نستطيع متابعة أنماط سلوك معقدة بانتباه شديد و تخزينها؛ فالاسترجاع يتم ضمن بذل جهد كبير من التمرين (عند تعلم لغة أجنبية أو نشاط رياضي معقد على سبيل المثال).

العمليات الدافعية: تشكل العمليات الدافعية motivational Processes بالنسبة للتعلم شرط أساسي عام، وبشكل خاص تلعب في التعلم وفق النموذج دوراً حاسماً. و يتضح هذا بشكل كبير من خلال التمييز الذي نجده بالتحديد في نظرية التعلم الاجتماعي-الاستعرافي. "فالتعلم Learning" يعني تبني محتويات التعلم، من دون أن يتم إظهار هذه المحتويات بالضرورة (وطبقاً لذلك فإنه يفترض بأن الذخيرة موجودة بنيوياً). ويقصد "بالأداء performance" بأنه يتم إظهار السلوك، يتم التعبير عنه؛ فهذا

يشترط شروط استثارة موقفية ومحددات حركية بمعنى نتائج ماضية متوقعة (تعزيز) للسلوك.

يمكن استغلال التعلم وفق النموذج من أجل توصيل أنماط السلوك غير الموجودة حتى الآن في **ذخيرة** Repertoireالمريض. وفي حين أن الطرق الإجرائية في العادة تمثل طريقاً فاعلاً، ولكنه شاق جداً للتوصيل، فإنه يمكن اختصار هذه العمليات من خلال التعلم وفق النموذج. و يمكن للمهارات اللغوية في السياق البين شخصي أن تشكل مثالاً على ذلك (التي يمكن توصيلها في مجموعة علاجية على سبيل المثال).

من خلال التعلم وفق النموذج يمكن لدى الملاحِظ (المريض) تعزيز أو إضعاف أنماط سلوك في **تكرار ظهورها**؛ فهنا يستفيد الإنسان مما يسمى بالتأثير الكابح أو المزيل للكبح لشخص نموذج -في تأثيره على سلوك الملاحِظ-. مثال للتأثيرات المزيلة للكبح يمكن رؤيته في مجال السلوك قبل الاجتماعي أو الواثق؛ التأثيرات الكابحة على الميول السلوكية العدوانية تكون موجودة من خلال ملاحظة السلوك التعاوني للشخص النموذج.

ومن خلال نموذج التعلم يتم تسهيل عمليات **تعلم التفريق** بدرجة خاصة: فما يقوم بتقديمه الشخص النموذج يتم تحت شروط استثارة نوعية تتم مراقبتها من المريض و يتبناها لسلوكه هو. وعند تعلم أنماط السلوك الواثق غالباً ما يتعلق الأمر بتعلم أي سلوك وفي أي موقف يعتبر مناسباً. و هنا ينبغي أن يتم تمييز شروط المثير المعقدة وتقويمها اجتماعياً (في مجال طرح المطالب، عند الرفض على سبيل المثال الخ).

وفي كل هذه الإمكانات لابد من مراعاة أن التعلم وفق النموذج يمكن أن يتم أيضاً بشكل مستقل عن العرض الملموس؛ فمن الممكن أن يكون الوصف اللفظي-الرمزي كافياً كأساس للتعلم وفق النموذج. هنا فإن الحدود مع الأساليب الاستعرافية مطاطة.

و من أجل التفسير النظري لعمليات التعلم وفق النموذج يستند المرء بالدرجة الأولى على النماذج الاستعرافية-الاجتماعية. و ينبغي كذلك ذكر المبادئ القديمة التي

توضح بأنه علينا فهم التعلم وفق النموذج على أنه عملية معقدة على عدة مستويات. في تفسير التأثيرات الكابحة أو النازعة للكبح من الممكن للمرء أن يرجع إلى النموذج النظري للغرائز، التي توضح تجذر السلوك الإنساني في السياق التطوري. و من المؤكد أن النماذج النظرية الترابطية تلعب دوراً (على سبيل المثال فيما يتعلق بالتشابه بين النماذج و الشخص المقلِّد)؛ وهذه المبادئ تشير إلى أن السلوك الذاتي مرتبط بقرب زماني ومكاني (تماس Contiguinity) مع سلوك الشخص النموذج، و هو ما يسهل تبني السلوك. و قد تمت سابقاً الإشارة إلى دور **عمليات التعزيز** في الشروط الدافعية؛ و هذه تمت توضيحها من قبل دولارد وميللر في عام 1941 بشكل تفصيلي و بالطبع أكد عليها سكنر في عام 1953. و مع التفريق بين السلوك الموجه من الاحتمالية و السلوك المشكل من خلال القوانين يؤكد سكنر في عام 1969 على أهمية أنماط التعلم التي تحتل بالذات بالنسبة لنموذج التعلم دوراً مهماً.

♦ في الختام لا بد و أن نضيف حول التعلم وفق النموذج أنه علينا ألا نقلل من قيمة دور المعالج في وظيفته كشخص نموذج؛ فالمرضى لا يتبنون من المعالج أنماط السلوك الملموسة فقط (في التدريب على التفسير exposition training في إطار معالجة القلق على سبيل المثال)، وإنما في اتجاهات وقيم ومعايير المعالج. وهنا لا بد من الإشارة إلى أن لذلك عواقب شديدة على تأهيل المعالجين وبشكل خاص بالنسبة لتفاعل المريض والمعالج. ♦

طرق ضبط الذات

تمت الإشارة إلى تصورات ضبط الذات عند معالجة نظرية التعلم التقليدية (Skiner,1953 & 1969)؛ إلا أنه قصدنا بضبط الذات هناك حقيقة أن شخص ما قادر بنفسه على توجيه سلوكه من خلال إدخال استجابة ضابطة إلى ذخيرة سلوكه. ومن

هذه الناحية يظل تصور (وطرق) ضبط الذات مرتبطاً بمبادئ التوجيه الخارجي للسلوك الإنساني. المسائل النظرية المعرفية والفلسفية من سياق توجيه السلوك الإنساني من خلال الشخص نفسه تظل في هذا السياق غير محلولة إلى مدى بعيد؛ ويمكن بالإضافة إلى ذلك الإشارة إلى توضيحات المفاهيم المنفردة التي تساعد في سياق طرق العلاج السلوكي.

1. مبادئ و توضيحات للمفاهيم: إدارة الذات، تنظيم الذات، ضبط الذات

تتضح مبادئ ضبط الذات أكثر عندما يراعي المرء عند تنظيم السلوك الإنساني **محددات** مختلفة؛ وهذا التحليل يتبع بشكل خاص شروحات كانفر F. H. Kanfer وأعماله البحثية في هذا المجال من دون المبالغة و التي ينبغي النظر إليها كموجه (Kanfer,1970 & 1977, Kanfer & Karoly, 1972).

المحددات المختلفة لضبط السلوك الإنساني التي حددها كانفر هي (أنظر سابقاً)

متغيرات α : وهذه تتضمن التأثير المتعدد لسلوكنا من خلال الاحتمالية **الخارجية** (البرودة، الحرارة، الشروط الاجتماعية و الموقفية الخاصة على سبيل المثال...).

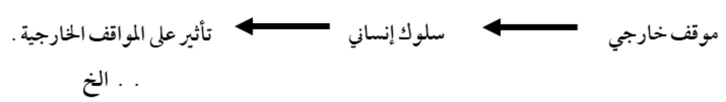
متغيرات- β : وهذه هي المثيرات المنتجة لذاتها، يفترض اعتبارها شروط مهمة للسلوك الإنساني بمعنى استقبال المعلومات و تمثلها. (عمليات التقويم، التوقعات، التفكير، حل المشكلات على سبيل المثال... .)

متغيرات-γ: ينبغي النظر للشروط البيولوجية الجسدية عند توجيه السلوك الإنساني على أنها شروط محيطية مهمة جداً، ومتغيرات خلفية و في كثير من الحالات أيضاً عوامل تأثير مركزية (شروط فيزيولوجية-جسمية؛ شروط هرمونية؛ عمليات تقادم في السن على سبيل المثال... الخ).

السلوك الإنساني هو نتيجة للتفاعل المركب لهذه المتغيرات؛ و هنا علينا الانتباه إلى أنه **ولا** أي واحد من المتغيرات يمكن أن يصبح بلا معنى كلية، إلا أن وزن المتغيرات المنفردة يمكن أن يختلف بشدة في توجيه السلوك.

♦ مثال: في الجوع المتطرف الشديد (متغيرات γ) قلما تلعب الأفكار الأخلاقية (متغيرات β) حول السرقة دوراً؛ فالشخص سوف لن يجعل الشروط الموقفية تمنعه (متغيرات α)، من أجل الحصول على الطعام بالطرق الأكثر مباشرية. ♦

وبالتالي فعندما نتحدث عن ضبط الذات فإننا نقصد **متصل**، تمارس فيه مرة متغيرات α (الضبط الخارجي) و في حالة أخرى تمارس **متغيرات** β (ضبط الذات) تأثيراً أكبر. ويفترض لهذا أن يكون قد اتضح من خلال نموذج منظومة تنظيم السلوك الإنساني ، الذي تم عرضه في شكل (6). وتنبثق الأهمية الكبيرة لمتغيرات β بالنسبة لضبط السلوك الإنساني و تفسير السلوك الإنساني من أسس نموذج تفاعلي بشكل خاص. (Mischel, 1973 &1986): فعلى الرغم من أنه ينبغي النظر للسلوك الإنساني على أنه نتيجة للمواقف الخارجية، إلا أنه من جانب آخر يتغير السلوك الإنساني أيضاً في المواقف الخارجية (وبشكل كبير على سبيل المثال في مجال التغير محيطنا من خلال قيادة السيارة. . الخ). ويقدم الشكل (20) توضيحاً لهذا التأثير التفاعلي.



شكل (٢٠) منظور تفاعل السلوك الإنساني مع الشروط الخارجية

توضيح المفاهيم

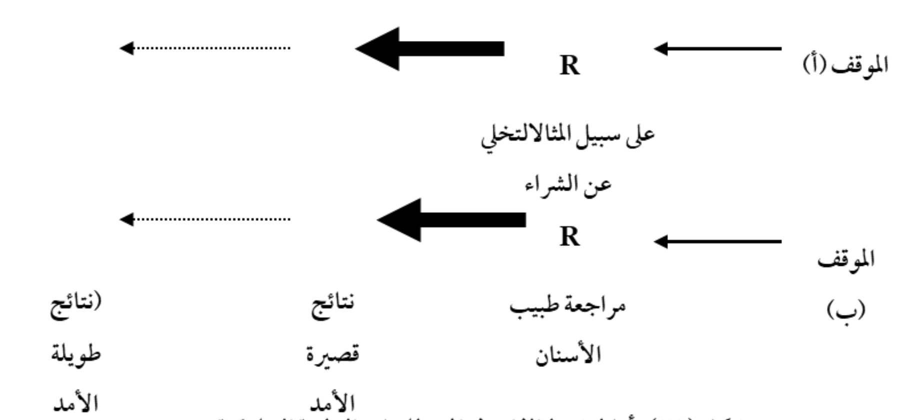
إدارة الذات self-management و تطلق على القدرة العامة للإنسان، لتوجيه سلوكه الخاص بالاستخدام الصريح والمضمر لاستراتيجيات خاصة أو تعديلها (قارن Karoly 7 Kanfer,1982, Kanfer, Reinecker & Schmelzer,1996). ويقصد بالإدارة الذاتية نوع من النموذج الفوقي للعملية العلاجية Meta model of therapy Process" (Hecht,1984,P. 403)، تحتل فيه متغيرات β للتوجيه على الأقل لفترات مركز الصدارة.

تنظيم الذات Self-regulation ويشمل وصف وتفسير نظري لتلك العمليات التي تجري عند توجيه السلوك الإنساني. ويميز كانفر Kanfer,1977 هنا مراحل ملاحظة الذات و تقويمها و وتعزيزها: و يمكن لهذه ان تجري بسرعة كبيرة و بشكل آلي إلى حد ما؛ إلا أنه في كثير من الحالات على سبيل المثال عند تعلم نشاط معقد من نحو قيادة الدراجة تجري الخطوات المنفردة بشكل واضح explicit وببطء (Karoly,1993).

ضبط الذات Self-control: ويقصد به حالة خاصة من تنظيم الذات من ناحية أن يتم قطع مجرى السلوك المؤتمت بالنظر إلى موقف مشكلة أو **صراع**. ونتحدث عن ضبط الذات بالتحديد عندما يحرك الشخص أنماط السلوك غير المتوقعة من حيث المبدأ. وفي هذا السياق غالباً ما يتم الحديث عن "تناقضات ضبط الذات Paradoxes if Self Control" (Hartig,1973, Reinecker,1978). وهنا يمكن التفريق بين نوعين من الصراعات (جدول 21 ، [أ] و [ب]):

- "مقاومة إغراء ما". لا يقوم الشخص بتصرف ما على الرغم من وجود احتمالية ظهور قائمة بالنسبة لهذا التصرف (على سبيل المثال عدم طلب قطعة حلوى في محل للحلويات).
- "السلوك البطولي": يقوم الشخص بسلوك على الرغم من أن هذا السلوك واقع تحت السيطرة المقيتة لفترة قصيرة ومن ثم يمتلك على المدى القصير احتمالية ظهور منخفضة (على سبيل المثال مراجعة طبيب

أسنان على الرغم من عدم وجود ألم في هذا الوقت).



شكل (٢١): أنماط ضبط الذات في المصطلحات النظرية السلوكية

ومن الصعب جداً توضيح سلوك ضبط الذات بشكل نظري خالص؛ فمن حيث المبدأ لابد للشخص أن يختار في موقف ذلك السلوك الواقع تحت السيطرة قصيرة الأمد. وعلى ما يبدو فإن الناس قادرون على التخلي عن المعززات قصيرة الأمد أو تحمل المواقف المقيتة على المدى القصير لصالح الفوائد طويلة الأمد أيضاً. و قد أوضح هارتيج Hartig,1973 بأن ضبط الذات لا يمكن توضيحه إذا ما افترض المرء قبل تنفيذ سلوك ضبط الذات وجود عملية استعرافية دافعية. وهذه العملية –على مستوى متغيرات β – مشاركة بشكل حاسم على ما يبدو لجعل أهمية المتغيرات α الخارجية أو المتغيرات γ الفيزيولوجية الجسمية في الخلفية و لتوجيه السلوك من خلال الاحتمالية الاستعرافية المعروضة. و بالتحديد هذا التوجيه من خلال الاحتمالية الاستعرافية (متغيرات β) يظهر تأثيره في الطرق التي سنناقشها لضبط الذات.

1. طرق ضبط الذات

كطريقة لضبط الذات سيتم هنا ذكر الطرق التي تلعب بمعنى توضيح المفاهيم – على أساس موقف صراع-دوراً مركزياً. و سيستثنى (وتم تناولها بشكل مستقل) من ذلك تقنيات التدخل الاستعرافية، التي ترجع بالطبع بالمقدار نفسه إلى سيطرة β .

و كطرق علاجية مهمة لضبط الذات سنشير:

- ملاحظة الذات

ضبط المثير

ضبط الاحتمالية.

ملاحظة الذات

ويتم استخدامها في كثير من المبادئ العلاجية السلوكية كطريقة **لجمع البيانات**؛ و هنا ظهر أنه ينجم تعديل في السلوك الهدف كنتيجة لملاحظة الذات و وصف الذات. وهذا يبرر استخدام ملاحظة الذات كطريقة مستقلة لضبط الذات.

ويكمن هدف هذا الأسلوب في أنه يتم توجيه المريض نحو ملاحظة السمات المهمة لسلوكه أو للشروط الموقفية للسلوك و تسجيلها؛ وهذا يتطلب في الغالب من خلال ملاحظات مختصرة أو من خلال قوائم شطب أو من خلال تسجيلات في تصويرية ملائمة. و يبدو أن المهم في هذا بأن تحديد ينبغي أن يتم بشكل بسيط قدر الإمكان، لأن الحالة الأخرى لا تحقق الدقة في التحديد. و تلاءم أساليب الملاحظة الذاتية بشكل خاص لملاحظة السلوك و لملاحظة المواقف الخاصة في المحيط الطبيعي للمريض ولملاحظة العمليات التي يصعب تحديدها إلى مدى بعيد (المجريات الفكرية؛ التعبير عن الذات... الخ على سبيل المثال).

وما يقيد طريقة ملاحظة الذات يمكن الإشارة إلى أن التأثيرات العلاجية لملاحظة الذات عادة ما تكون قصيرة الأمد، بحيث أن الملاحظة الذاتية تكون ملائمة بشكل خاص بالنسبة **لبداية** برامج التعديل العلاجية. ولأسباب ذرائعية لا بد أن تتم ملاحظة

لسلوك المشكل **قبل** ظهوره و لكن أنماط السلوك الهدف **بعد** ظهورها، من أجل الاستفادة من التعديلات العلاجية بشكل خاص. وهنا تتم الاستفادة بشكل خاص من التأثيرات **الرجعية reactive** لملاحظة الذات أي حقيقة أن السلوك يتغير على الأغلب بناء على الملاحظة باتجاه الهدف العلاجي. و كميزة خاصة لملاحظة الذات نشير في النهاية إلى أن المريض من خلال الملاحظة الذاتية –على الأغلب في المرحلة المبكرة جداً من العملية العلاجية– يشارك بفاعلية و بشكل مستقل في نوايا التعديل (الهدف: الإدارة الذاتية).

ضبط المثير

يتضمن مبدأ ضبط المثير تعديل لتلك الشروط من السلوك التي يمكن اعتبارها محددات هامة (المثير)؛ و هنا يغير المريض المحددات الاجتماعية أو الفيزيائية للمحيط، بحيث أن السلوك الهدف يصبح أكثر احتمالاً (أو ينخفض السلوك المشكل في احتمالية ظهوره).

وينبغي أن يتم التنظيمarrangement الأمثل لشروط المثير في الموقف الذي لم يظهر فيه بعد السلوك المشكل (على سبيل المثال الكحولية) أو الذي لم يظهر فيه بعد السلوك المرغوب (العمل المركز في الكتابة). في كلتا الحالتين يتم تنظيم المحيط بحيث يتم في الموقف الحرج قطع سلسلة السلوك المؤتمت إلى مدى بعيد و يصبح السلوك المرغوب أكثر احتمالية.

ومن الأمثلة على ضبط المثير نشير إلى التخلي عن زيارة مطعم أو تنظيف صحون السجائر، التخلي عن شراء السجائر... الخ؛ في الحالة الأخرى ترتيب المكتب، إتباع دورة تدريب... الخ.

ومن خلال التحقيق المبكر للشروط الخارجية يتم تشكيل الموقف بحيث تستثير مثيرات التنبيه التمييزية السلوك الهدف؛ و يمكن كذلك النظر للسلوك الذاتي على أنه مثير تنبيه تفريقي (على سبيل المثال التخلي عن حفلة في العمل، التي يتم فيها استهلاك

الكحول... الخ). وتشكل العمليات **الاستعرافية** مجال واسع جداً و مهم لشروط المثير، تلك العمليات التي يمكن أن يتم استخدامها من خلال استراتيجيات ضبط الذات في بداية سلسلة سلوك؛ فلنفكر بالتعليمات الذاتية و التعابير الذاتية أو بشكل عام بالمثيرات المستثارة ذاتياَ. و سوف نتناول ذلك عند مناقشتنا للأساليب الاستعرافية. إلا أنه لا بد لنا من الإشارة إلى أن أساليب ضبط المثير مرتبطة في العادة بأساليب أخرى لضبط الذات والآخر [الطرف الثالث]. و هذا يؤكد على أنضبط- β في العادة لا يتم استخدامه لوحده لتوجيه السلوك المشكل.

ضبط الاحتمالية

تمتلك الأساليب لضبط السلوك الإنساني من خلال الاستخدام الهادف للاحتمالية الخارجية في العلاج النفساني -وليس هنا فقط، لنفكر بالضبط الطبيعي من خلال احتماليات المحيط- أهمية كبرى. و يمكن أن يتم استخدام هذه الأساليب من الشخص نفسه (أنظر فقرة الأساليب الإجرائية) . و الفرق الأهم بين التعزيز الذاتي وتعزيز الآخر يكمن في أن الشخص **نفسه يقرر** حول منح احتمالية سلوك Behavior contingenceمعطاة ذاتياً.

والسؤال إلى أي مدى يتم استخدام التعزيز الذاتي، فإنه يتعلق على ما يبدو بعاداتنا والخلفية الثقافية و الاتجاهات الراسخة (المديح الذاتي له رائحة كريهة). وهنا يظهر أن أساليب التوجيه المستقل للاحتمالية لها بالنسبة للسلوك الذاتي تأثيرات مشابهة لأساليب التعزيز الخارجي. بالإضافة إلى أن أساليب التعزيز الذاتي تمتلك ميزة كبيرة بأنها تجعل المريض غير متعلق بمقدار كبير بالضبط الخارجي، وبأن هذا الشخص يغير اتجاهه من نفسه بطريقة مهمة. ويمكن لتوجيه السلوك من خلال الاستخدام المراقب ذاتياً للاحتمالية الخارجية أن يتم في الحالة المثلى من خلال إجراء الاتفاقات؛ ومثل هذا الاتفاق يحدد بذاته منذ البداية ما العواقب التي ينبغي تحقيقها وتحت أي شروط. وفي الاتفاقات ينبغي ألا يتعلق الأمر بما يسمى "وعود رأس السنة"، لأن إعطاء الوعد هنا يكون

خاضعاً لاحتمالية مختلفة كلية عن الحفاظ على الاتفاق. و في هذا السياق لا بد من الإشارة إلى الوظيفة الدافعية للاتفاق بشكل خاص: وبشكل خاص تشكل الأهداف الموضوعة ذاتياً و المعايير مصدراً مهماً للدوافع الداخلية التي يمكن استثمارها في إطار استراتيجيات ضبط الذات.

2. ميزات ومشكلات أساليب ضبط الذات

لا تشكل أساليب ضبط الذات من الناحية التقنية و لا من الناحية الأخلاقية حلاً لكثير من المسائل و المشكلات المفتوحة داخل استراتيجيات العلاج السلوكي. غير أنها تشكل إكمالاً مهماً لطيف التدخلات. و كمشكلة جدية جداً لا بد من الإشارة إلى أن المسائل النظرية حول موضوع "الذات Self" و حول مسألة "الضبط" و حول دور استراتيجيات التدخل الاستعرافية يمكن اعتبارها مسائل مازالت مفتوحة. و على خلفية هذه الأحجية النظرية لا يفاجئنا، إذا ما كانت المسائل الإمبيريقية في مجال أبحاث العلاج ما زالت كما كانت تحتاج إلى معالجة أو حلول حاسمة.

وعلى الرغم من هذه المشكلات الظاهرة لا بد من الإشارة إلى مجموعة من ميزات وحسنات أساليب ضبط الذات؛ وهذه السمات تجعل من استراتيجيات الضبط جذابة بشكل خاص بالنسبة للممارسة و العلاج.

وأول هذه الميزات هو أن ضبط الذات (إلى جانب المظهر التقني) يمثل أيضاً هدفاً عاماً للتدخلات العلاجية؛ فأهداف العلاج تكمن في ضبط الذات، أي التوجيه الذاتي من خلال المريض نفسه، وفي رفع التوجيه من خلال متغيرات β. وهذا يعد بشكل عام حافزاً (الأهداف الموضوعة من الشخص نفسه تعد مصدراً للدوافع). ومن هذه الناحية يمكن لضبط الذات أن يعد هدفاً عاماً للتدخلات العلاجية؛ في الاصطلاحات الأحدث تم استخدام مصطلح إدارة الذات.

ميزة كبيرة أخرى تكمن في التخفيض **النسبي** للضبط العلاجي: في أساليب ضبط الذات يتم تولي توجيه أنماط السلوك المهمة نسبياً (بالتأكيد ليس كلها)من قبل المريض

نفسه إلى مدى بعيد. ونتحدث عن التخفيض **النسبي** لأنه بالطبع يتم توصيل حتى طرق ضبط الذات داخل الأطر العلاجية و ما يرتبط بذلك من مفاهيمية و ضبط.

وبمساعدة أساليب ضبط الذات يكون قد تحقق المعبر نحو المساعدة الذاتية من ناحية أنه يمكن أن يتم تخفيض ممارسة التأثير العلاجي. و بالتحديد وبالنظر للإمكانات المحدودة للإمداد العلاجي تحتل استراتيجيات المساعدة الذاتية من خلال ضبط الذات أهمية خاصة. وتوضح دراسات مختلفة (من نحو ;1991, Meyer et al. Maraggraf,1995 على سبيل المثال) أن جزءاً ضئيلاً فقط من المعنيين و الناس المحتاجين للمساعدة يمتلك فرصة للحصول على المساعدة العلاجية المحترفة والفاعلة. وبهذا يمكن جعل طرق ضبط الذات المتعلقة باستراتيجيات حل المشكلة، التي يستطيع المريض استخدامها بشكل مستقل والاستفادة منها لمواجهة المشكلات النوعية، ذات فائدة.

طرق ضبط الذات تتيح فرصة رابعة خاصة لضبط الشروط بين الجلسات العلاجية: و هنا يمكن أن تأتي الشروط الإشكالية تحت تأثير المريض بحيث يمكن أن يتم تصميم التعميم، أي نقل التأثير العلاجي على الأطر الطبيعية، بشكل مناسب. وبالذات في إنهاء التأثير العلاجي يفيد هذا كإمكانية للنقل إلى الإطار الطبيعي.

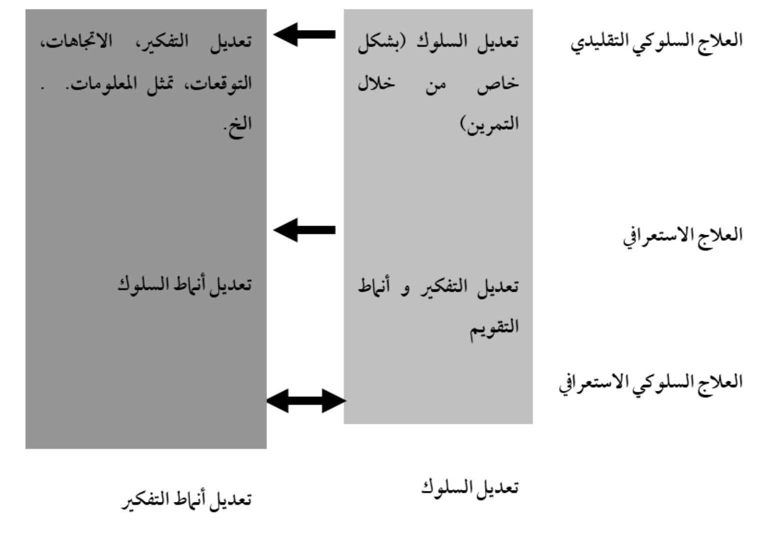
والميزة الخامسة هي أن استراتيجيات ضبط- β تحظى بأهمية خاصة عندما تصطدم إمكانات تعديل الشروط الإشكالية عند حد ما: أمثلة على هذا الموجودة مع الشروط المرضية والإشكالية في العمل و في الأسرة و في المحيط الطبيعي عندما ينبغي اعتبار هذه -بغض النظر عن الأسباب- غير قابلة للتعديل. فهنا تقدم أساليب ضبط الذات، وبشكل خاص إمكانات الضبط اللفظي والفكري والانفعالي فرصة لمواجهة الشروط الإشكالية.

والحجة الأخيرة بشكل خاص تؤيد في القرارات العلاجية إيلاء أساليب الضبط الذاتي أهمية كبيرة؛ وهنا علينا أن نراعي بأن طرق ضبط الذات في العادة متجذرة في

تصور كلي علاجي ولهذا قلما نجدها تستخدم كطريقة علاجية هادفة لوحدها.

طرق أساليب العلاج الاستعرافي

تهدف أساليب الضبط الاستعرافي إلى التعديل المباشر قدر الإمكان لتلك العمليات، التي صنفت أعلاه تحت متغيرات- β (Kanfer,1977): و يتعلق الأمر هنا بتعديل عمليات التفكير و التقويم و التصور و التوقعات... الخ، لأن هذه العمليات تمارس تأثيراً كبيراً على الخبرة و السلوك الإنسانيين. و وجهات النظر المختلفة للعلاج السلوكي التقليدي و العلاج الاستعرافي و العلاج السلوكي الاستعرافي يمكن



شكل (٢٢): رسم تخطيطي للنقاط الأساسية للعلاج السلوكي و العلاج الاستعرافي و العلاج السلوكي الاستعرافي.

توضيحها من خلال الشكل (22)

وفي البداية لا بد من الإشارة إلى أنه من الصعب تحقيق التعديلات المباشرة المطروحة للعمليات الاستعرافية من دون مراعاة العمليات القابلة للملاحظة للسلوك(التصرف). ولكن من جهة أخرى فإن تعديل السلوك يجري أيضاً في العادة من خلال التمرين بشكل **شعوري،** أي باستخدام مظاهر التفكير و تمثل المعلومات... الخ. ويتضح هذا بشكل خاص من خلال أهمية النماذج المعقولة كمرحلة قبلية للتعديلات العلاجية.

♦ مثال: في تخطيط أسلوب مواجهة في الهلع والقلق يتم شرح الإجراء وتوضيحه للمريض ، وهذا التدخل **الاستعرافي** يشكل شرطا لشفافية الإجراء و للمطاوعة Compliance و إدارة الذات عند المريض. التوضيح المعقول لا يكفى في العادة **لوحده** من أجل التعديل، وإنما يحتاج إلى **خبرة** ملموسة للتمرن في الموقف. ومن هذا التمرين يتعلم المريض و يعيد تصميم توقعاته... الخ؛ وعن ذلك ينجم ثانية استعداد للتعديل، يضاف إلى ذلك القبول بالدخول في تمرين جديد و تعديلات. ♦

ومن أجل تثبيت التعديلات العلاجية فإنه من المؤكد أنه من المفيد أن تكون قد تعدلت اتجاهات و توقعات وأنماط تفكير المريض. . الخ، إلا أن التعديل "المباشر" لوحده للتوقعات صعب التحقيق، وتعديل التوقعات يحدث في الحالة المثالية من خلال الخبرة الملموسة للمريض. وعرض أهمية التفاعل المتبادل بين سمات العمليات الاستعرافية من جهة وبين عمليات السلوك البناء من جهة أخرى لا يشكل رأي الكاتب فقط؛ بل أنها مبرهنة من خلال أعمال إمبيريقية و مدعومة من خلال تحليل العمليات العلاجية.

لهذا لابد من النظر للإجراء العلاجي السلوكي على أنه دائماً إجراء علاجي سلوكي-استعرافي، وكذلك يمتلك العلاج الاستعرافي باستمرار مبادئ علاجية سلوكية (أنظر أدناه مبدأ بيك). ويبدو كذلك بأنه من المبرر لأسباب منهجية وتعليمية معالجة "أساليب العلاج الاستعرافية" بشكل منفصل، لأن هذه المبادئ تمثل في أسسها موقفاً نوعياً آخر، يختلف عما هو الحال في العلاج السلوكي التقليدي. إلا أن التطبيق في **الممارسة** و **الإجراء** العلاجي الملموس يستندان في كل الأحوال إلى سمات التمرين والخبرة الملموسة. وهذا يبرر الحديث عن . أساليب العلاج السلوكي الاستعرافي".

و سوف يتم من المجال الواسع للأساليب الاستعرافية اختيار المبادئ الأساسية؛ ويتعلق الأمر هنا بالأساليب المغطاة غير الكاشفة، و طرق إعادة البناء الاستعرافي ومبادئ حل المشكلة بوصفها أساليب تدخل استعرافية.

1. الأساليب المغطاة

يرتبط تطوير و تفصيل ما يسمى بالأساليب المغطاة بدرجة كبيرة باسم كاوتيلا J. R. Cautela (1973)؛ إلا أن الأسس والفرضيات حول ذلك نشأت من تقاليد سكنر وتم ترسيخها من قبل هوم L. Homme (1965) فيما يسمى "بفرضية الاستمرارية". وتقول هذه الفرضية بأن مبادئ نظرية التعلم السلوكية تطبق على الأحداث الاستعرافية (الأفكار، الصور، الذكريات، التوقعات...)، تماماً كما ينطبق الأمر على المثير القابل للملاحظة والاستجابة. وعلى الرغم من أن الأحداث الاستعرافية غير قابلة للملاحظة، ولهذا سميت "بالمغطاة"، إلا أنها تشكل تماماً عناصر لسلسلة سلوك كما هو الأمر بالنسبة للأحداث القابلة للملاحظة.

♦ مثال: تستثير نظرة مجموعة من الناس لدى مريض يعاني من رهاب الأماكن العامة استعرافات مطابقة و استجابات فيزيولوجية على مستوى السلوك الملموس (الأفكار بالكارثة، ارتفاع عدد ضربات القلب، سلوك التجنب... الخ على سبيل المثال). استجابات شبيهة يمكن استثارتها لدى الشخص نفسه من خلال **التصورات** المجردة لكمية من الناس.

ولا نجد دلالات على أهمية العمليات الاستعرافية كمثيرات للاستجابات الفيزيولوجية و سلوك التجنب في الملاحظات الإكلينيكية فحسب، و إنما نجدها في النتائج التجريبية لبريدجر وماندل (1965) Bridger & Mandel. وكذلك نجد أهمية العمليات الاستعرافية (العمليات المغطاة) في التحليل الوظيفي للسلوك: فعلى الرغم من أن التمثيل الداخلي لمثير خارجي غير قابل للملاحظة، إلا أنه يمكن من استجابات الشخص القابلة للملاحظة (و بشكل واضح من خلال أقواله) الحصول على استنتاجات حول النوعية الخاصة للعمليات الداخلية.

وبالنسبة لكل الأساليب التقليدية تقريباً للعلاج السلوكي قام كاوتيلا Cautelaبتطوير نسخ "مغطاة"؛ و تكمن ميزة هذه المتغيرة في أن التنفيذ لا يحتاج في البداية إلى جهد كبير، لأن التدخل يجري إلى حد ما في رأس المريض. ومن هذه الناحية يمكن في الغالب استخدام الأساليب المغطاة كمراحل سابقة و كإكمال لأساليب التدخلات المباشرة على مستوى السلوك. و قد تم هنا التعرض للأساليب المنفردة ووصفها بشكل مختصر، ومن أجل الحصول على تفاصيل أكثر يمكن الرجوع إلى كاوتيلا أو للمراجعة التي قام بها ماهوني (1977) Mahony.

الإشراط المعاكس المغطى covered Contra condition: وهذا يتضمن كبح استجابات التجنب من خلال التصورات الإيجابية المرغوبة (Cautela,1971). ويشبه المبدأ من حيث المبدأ أسلوب خفض الحساسية المنتظم، إلا أنه يقوم على أساس نظري

مختلف. و نجد مثالاً مبكراً للاستخدام لدى لازاروس وأبراموفيتس Lazarus & Abraovitz (1962): ففي هذا الأسلوب –والمسمى أيضاً الأسلوب " التصويري الانفعالي emotive imagery"–تم التغلب على الخوف من الظلام لدى طفل من خلال التصورات الإيجابية (طفل في العاشرة من عمره، دخل في دور بطل هزلي محبوب)

الحساسية المغطاة covered Sinsibilization: وهنا يتم الربط بين السلوك المشكل (كالكحولية، العنف ضد الأطفال... الخ على سبيل المثال) مع تصور مشاهد مقيتة (على سبيل المثال القرف، العواقب القانونية المباشرة. .). وبالنسبة لكاوتيل فإنه من الممكن لهذا الأسلوب أن يمثل بديلاً لتقنيات التنفير الإشكالية. ومن المؤكد أنه إلى جانب مظهر الارتباط (=عملية التعلم التقليدية)لابد من الإشارة أيضاً إلى وجهة نظر قطع سلسلة السلوك و للتطور الضروري للبدائل السلوكية.

التعزيز المغطى: وفي هذا الأسلوب يتم ربط تصور السلوك (المرغوب) مع تصور محبوب بالنسبة للمريض. وإلى جانب المظهر المباشر للارتباط من المؤكد أيضاً أن عملية التقارب التدريجي (المتصورة في البداية) للهدف المرغوب مهمة (على سبيل المثال السلوك الواثق بالنفس في المجموعة...). ويتضمن التعزيز المغطى كذلك تعديل اتجاهات المريض حول نفسه هو و تعديل ما أطلق عليه مايكينباوم Meichenbaum (1977) "الحوار الداخلي" (أنظر أدناه). و تنبثق أهمية الأسلوب بدرجة كبيرة بوصفه مرحلة قبلية للتعزيز الخارجي و بمعنى إعادة بناء استعرافي (التعزيز الذاتي بمعنى باندورا Bandura,1977,Kanfer,1977). ومن هذه الناحية تلعب إجراءات التعلم "المغطى" دوراً ضمنياً على الأغلب في أساليب العلاج السلوكي التقليدي أيضاً (أي أيضاً في التعزيز الخارجي، والإشراط المضاد و الإطفاء و التعلم وفق النموذج... الخ).

خلاصة

♦ في حين أنه قلما نجد اليوم خلاف حول فرضية الاستمرارية بأي شكل من الأشكال، فإن **الأهمية** العملية للأساليب المغطاة واقعة الآن خارج مجال التشكيك؛ و ينطبق هذا بشكل خاص على استراتيجيات المواجهة الاستعرافية (Lazarus & Folkman,1984) أو بالنسبة للاقتراب الفكري أو اللفظى من الموقف المخيف. كما هناك دلائل مؤكدة على الفائدة من علم النفس الرياضى، الذي يتم فيه التمرن الاستعرافي بداية على التمارين المختلفة المعقدة. ♦

طرق إعادة البناء الاستعرافي

لا يمكن القيام بفصل صارم بين الطرق السلوكية من ناحية و الأساليب الاستعرافية من ناحية أخرى لا لأسباب نظرية ولا لأسباب عملية: ففي المجال النظري لا بد من الإشارة إلى أن ينبغي بالنسبة لعمليات التعلم أن تتم التغيرات **دائماً** على عدة مستويات. وفي الممارسة العملية لا يمكن تطبيق الأساليب التقليدية-العلاجية السلوكية من دون إعادة البناء الاستعرافي و من دون توصيل المعلومات ... الخ. و من ناحية أخرى يظهر أن المبادئ العلاجية الاستعرافية بالتحديد تلقي أهمية كبيرة على مظاهر التجريب والتحويل إلى سلوك ملموس. و من هذا المنظور ينبغي النظر لنماذج العلاج الاستعرافية، أي لمبادئ العلاج الاستعرافي لبيك A. T. Beck والعلاج الانفعالي المنطقي لإيليز A. Ellis ومبدأ مايكنباوم D. Meichenbaum.

بيك: العلاج الاستعرافي A. T. Beck: Cognitive Therapy

حظي مبدأ العلاج الاستعرافي في المحيط الناطق بالألمانية بالانتشار الكبير. ويتعلق هذا ضمن أمور أخرى بدراسات الفاعلية الكثيرة الجيدة. و يرجع التطور إلى المساعي

في علاج الاكتئاب من خلال بيك في ستينيات القرن العشرين. : فقد ظهر هنا أنه في الاكتئابات بشكل خاص يتعلق الأمر بتعديل الاستعرافات و التصويرات **Schema** المفترض وجودها خلف هذه الاستعرافات. و حسب بيك **Beck,1967** أو بيك وغرينبيرغ **Beck & Greenberg, 1979** وبيك وآخرين**1992, Beck, et al.** فإن الأشخاص المكتئبون يتصفون بنمط محدد من التفكير (أي سمات استعرافية)، ألا وهي (1) نالظرة السلبية للذات، (2) النظرة السلبية للمحيط و (3) النظرة السلبية للمستقبل. و قد أطلق بيك **Beck,1967** على هذه الثلاثية تسمية "الثالثوث الاستعرافي **cognitive Triad**". وطبقاً لأسباب**Etiology** نموذج الاضطرابات الاكتئابية يتم النظر لهذه الوظائف الاستعرافية المختلة **cognitive Dysfunction** على أنها أساسية، عزى إليها السمات الأخرى للاضطراب (الانسحاب الاجتماعي، عدم الفاعلية، الاضطرابات الانفعالية والدافعية، المظاهر الجسدية...). وبالنتيجة فإن الأمر يتعلق في علاج الاكتئاب حسب بيك ليس كثيراً بتعديل سمات السلوك (كما هو الحال على سبيل المثال لدى ليفينسون **Lewinson,1975**، أو لدى سيلغمان **Seligman,1979**) وإنما بتعديل أخطاء التفكير و التصويرات المختلة الكامنة خلفها. .

ومن أجل تصحيح هذه الأخطاء في التفكير (على سبيل المثال الإدراك الانتقائي، والاستنتاج العشوائي، وفرط التعميم، و التفكير المتشعب (أو المنقسم**dichotomy**) قام بيك و العاملين معه بتطوير الطرق التالية من التدخلات الاستعرافية (وقد تم هنا عرض بعض التقنيات الأساسية فقط، ويمكن الرجوع إلى بيك و آخرين (1992)أو هاوتسنغر **(Hautzinger, 1994)**.

1- **مواجهة المهام المتدرجة و التخطيط للأنشطة**: هنا يفترض للمريض أن يعيش النجاحات التدريجية من خلال إنجازه لوظائف أو مهمات صغيرة (ارتداء الملابس ، التسوق . . على سبيل المثال) وينبغي أن يتم جعل مرضى الاكتئاب –من الممكن أن يكون ذلك بشكل

توجيهي مباشر- يقوموا بالتخطيط لنشاطات خاصة في مجرى اليوم والأسبوع . ومثل هذه الأنشطة تحقق نوع من البنية إلى حد ما وفرصة مبدئية للتعزيز الخارجي.

2- **تقنيات السيطرة و البهجة Mastery-and Pleasure-Technique**: على المرضى أن يتعلموا التمييز ما هي النشاطات التي يستطيعون تطبيقها **(M)** أو ما هي التي تبهجهم إلى حد ما **(P)**. وهذا يحقق نوع من التمايز في تقويم ذخيرة السلوك الخاص.

3- **تسجيل الأفكار الآلية**: الأفكار الآلية هي على الأغلب عبارة عن تعابير ذاتية تسير بشكل سريع؛ ووفق نظرية الاكتئاب تشكل محدداً هاماً للاضطراب (على سبيل المثال "لن أنجح في شيء"...)وتكمن وظيفة المريض في أن في تجميع هذه الأفكار و تسجيلها من أجل أن يجعلها قابلة للنقاش المنطقي و الحجج ومن ثم التعديل.

4- **مواجهة الأفكار**: هنا على المريض أن يحاول إيجاد ردود منطقية على أفكاره الآلية؛ فهذه التقنية (التي تسمى غالباً تقنية العمودين) تحقق على الأقل أحد أول التباعدات عن الأفكار الآلية المختلفة وظيفياً. ويمكن توسيع التقنية بحيث أن المريض لايرسخ فقط الرد المنطقي و إنما بأن يحاول إجراء إعادة تفسير لفرضياته الخاصة حول نفسه و محيطه و مستقبله.

5- **تحديد و اختبار الاستعرافات**: هنا على المريض أن يتعلم اختبار استعرافاته في الواقع؛ و يعد هذا مهم من ناحية أنه يحقق تمايزاً بين تصوراته و الوقائع. وبما أن المريض يرى الحقائق دائماً في ضوء فرضياته فإن هذا يحتاج إلى إجراء موجه بشكل موضوعي من قبل المعالج.

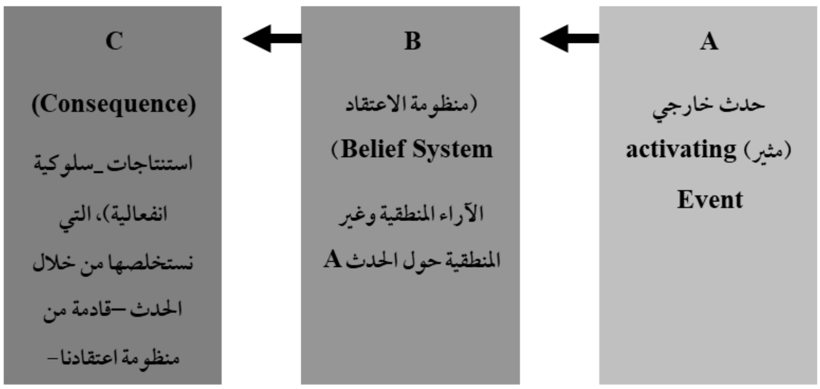
6- **نزع التفكير الكارثي و إعادة العزو و تطوير البدائل**: هنا على المريض أن يتعلم –من بينها عن طريق النقاش المنطقي– المواجهة الواقعية مع الأفكار و أحداث البيئة (على سبيل المثال "ما الذي يحدث، لو أن صديقك تخلى عنك... ؟). فغالباً ما يتجنب المرضى المواجهة و يصفون الحدث ببساطة على أنه "كارثة" و لا يرون أية إمكانية لتقويم آخر (إعادة العزو). ومن خلال المواجهة مع الموقف يتم توفير فرصة لتطوير البدائل.

7- **بناء التوقعات الواقعية**: المرضى المكتئبون يشوهون لأنفسهم إمكانات التطور الإيجابية، وذلك من خلال عدم نظرتهم للمستقبل إلا نظرة متشائمة. و لأجل هذا يحتاج الأمر من المنظور العلاجي إلى تصحيح البعد **الزمني** (أي إذا ما سار أمر ما بشكل سيء، فلا يعني هذا أن الأمر سيكون هكذا في المستقبل. ؛ كما يحتاج مظهر **التعميم** و اليقين فيما يتعلق بالتوقعات السلبية إلى التصحيح من خلال التوقعات الإيجابية و الواقعية.

ويعد العلاج الاستعرافي وفق بيك إجراء توجيهي مبني بشدة. و يفترض للوصف المختصر للخطوات المنفصلة للإجراء العلاجي أن توضح أن الإجراءات الاستعرافية وذات التوجه السلوكي مرتبطة يبعضها البعض بشدة بحيث أن تسمية "العلاج الاستعرافي" لا تبرر سوى الاسم التجاري. وفي حين أن المقاصد الأصلية للأسلوب كانت مقتصرة على الاضطرابات الاكتئابية و ينبغي تقويمه هنا على أنه شديد الفاعلية و مهم، فإن هذا النموذج قد حظي في هذه الأثناء بتوسعيات على صور الاضطرابات الإكلينيكية الأخرى. و من بينها على سبيل المثال اضطرابات القلق و اضطرابات الشخصية.

إيليز: العلاج الانفعالي المنطقي A. Ellis: Rational-Emotive4-Therapy (RET)

منطلق الأفكار النظرية والعلاجية عند إيليز كانت (كما هو الحال لدى بيك) التقاليد التحليلية النفسية. كما يمكن الإشارة كخلفية فلسفية إلى المدرسة الرواقية **Stoicism**و نوع من الاتجاه الذرائعي الأمريكي. فإذا ما أراد المرء وصف المظهر الأساسي للعلاج الانفعالي المنطقي لإيليز فإنه ينبغي النظر لذلك من خلال النقاط التالية: ليست هي الأشياء التي تقلقنا بل آرائنا وتقويماتنا للأشياء هي التي تسبب لنا المشكلات. وطبقاً لذلك فإن الاضطرابات النفسية كالقلق و الاكتئاب والغضب و الحزن ... الخ، ليست مبررة بوصفها ترجع إلى إدراك مشوه و تفسيرات خطأ و فرضيات غير منطقية حول الحدث.



شكل ٢٣: مبدأ نظرية **A-B-C** لإيليز

و تقوم التدخلات عند إيليز على نظريته المسماة نظرية **A,B,C**. (الشكل 23).

ومهمة العلاج تكمن في تعديل مظاهر "منظومة الاعتقاد belief system (B) التي وصفها "باللامنطقية" irrational. ويقصد "باللامنطقية" بأن الأمر يتعلق بفرضيات تقود إلى مشكلات واضطرابات نفسية. والتدخلات العلاجية وفق إيليز لا تكمن في التعديل لأحداث (A)؛ فتعديل العواقب (الانفعالية) المرضية (C) لا يمكن أن يكون مستمراً إلا إذا تم تحديد القناعات اللامنطقية و استبدالها من خلال فرضيات "منطقية rationale".

لقد استخدم إيليز (1977) من حيث المبدأ طيف كامل من الأساليب العلاجية (من بينها أيضاً من ذخيرة السلوك العلاجي التقليدي)؛ الأهمية ألأساسية ترجع للطرق الاستعرافية.

ففي البداية يتعلق الأمر بتوصيل النموذج الأساسي للعلاج الانفعالي المنطقي(نظرية **A-B-C-** حول الاضطرابات النفسية). بالإضافة إلى تحديد أنماط التفكير والفرضيات اللامنطقية وأخيراً استبدال فرضيات فلسفة حياتية منطقية بالفرضيات اللامنطقية. وتلعب طرق **الحوار السقراطي دوراً مركزياً** في العبور من الفرضيات اللامنطقية إلى الفرضيات المنطقية: فاستناداً إلى "فن التوليد" يحاول المعالج تحديد الفرضيات والجمل اللامنطقية للمتعالج؛ و يتم التطرق بعدئذ لهذه الجمل خطوة فخطوة، ومناقشتها و زعزعتها وتعديلها. ويتولى المعالج هنا في البداية دوراً فاعلاً وتوجيهياً ويحاول أن يري المعالج الفرضيات اللامنطقية. و في مجرى **المناقشات Disputation** يفترض أن يبتعد المريض عن قناعاته اللامنطقية و إحلال مكانها فلسفة الحياة المنطقية المذكورة.

وفي مجرى العملية العلاجية يلجأ المعالج بالعلاج الانفعالي المنطقي بشكل خاص إلى الإجراءات العلاجية السلوكية، من نحو التمارين بين الجلسات، و الواجبات والتسجيلات و تجارب السلوك. . الخ. في هذه التمارين في المواقف الطبيعية يفترض للمريض (وينبغي أن يكون قادراً) تجريب تلك التعديلات و تثبيتها التي اكتسبها أثناء الجلسة العلاجية.

و تشكل طرق الاستثارة الانفعالية **emotive-evocative**[1]عموداً آخراً مهماً للعلاج المنطقي الانفعالي: ومن بينها التمرين في خبرة المشاعر وتعابير المشاعر المباشرة، التي يواجهها المعالج بشكل متقبل إلى درجة كبيرة. وفي إطار محمي للإطار العلاجي (على سبيل المثال في العلاج ضمن المجموعة أيضاً) يمكن للمريض أن يتعلم السماح ببعض الانفعالات و تمييزها و ربما تعديلها؛ إلا أن الأهمية الكبيرة داخل العلاج المنطقي الانفعالي تحتلها محاولة تحديد المظاهر اللامنطقية في المشاعر و إحلال محلها تصورات منطقية (أنظر فلسفة الحياة).

وبسبب طبيعته الصريحة و الدرجة العالية من الشفافية فغالباً ما تم اختبار أسلوب العلاج المنطقي الانفعالي إمبيريقياً أيضاً. ويمكن اعتبار درجة الرضا عن التأصيل الإمبيريقي هنا جيدة. بالإضافة إلى ذلك فقد درس إيليز مظهراً عاماً للمشكلات النفسية، الذي غالباً ما يسمى "بالإشكالية الثانوية"" فالمرضى لا يعانون من اضطرابهم (القلق، الاكتئاب، الشقيقة) فحسب وإنما يجدون أنه من البؤس الشديد أنهم يعانون من هذا. وليس من النادر لهذه الإشكالية الثانوية أن تشوه المدخل العلاجي؛ فالتأمل الموضوعي-المنطقي بالذات ومواجهة سقراطية مع الباثولوجيا الثانوية (ما السيئ في هذا بأنك تعاني من هذه المشكلة... ؟. .) تحقق نوع من المدخل نحو المواجهة الهادفة مع المشكلة الأساسية ومن الممكن أن تقود إلى معالجة هادفة.

مايكنباوم: الحوار الداخلي

يؤكد دونالد مايكنباوم Donald Meichenbaumفي نموذجه العلاجي السلوكي-الاستعرافي على أهمية ما يسمى باللغة المتمثلة (المجتافة) من الإنسان لنفسه؛ و يستند هنا إلى النماذج العلم نفس نمائية للوريا Lurai, 1961 أو فيجوتسكي Vygotsky,1962، حيث يريان أن اللغة تحتل في البداية وظيفة توجيه أوتوماتيكية خارجية و بالتدريج

[1] استثارة للذكريات والعواطف

تصبح داخلية بالنسبة للتصرف الإنساني. و قد أطلقت على هذا تسمية "الحوار الداخلي"؛ وقد صاغ مايكنباوم مبدأين لهذا، حظيت في العلاج الاستعرافي بأهمية كبيرة، وبشكل خاص في التدريب على التوجيهات الذاتية و التلقيح ضد الضغط.

تدريب التوجيهات الذاتية self-instruction training

لقد تم تطوير هذا التدريب بشكل خاص للتدخل لدى الأطفال الاندفاعيين؛ فحسب مايكنباوم و غودمان (1971 & 1969) Meichenbaum & Goodmanتتصف الاندفاعية لدى الأطفال بالتحديد من خلال أن التعليمات اللغوية (الخارجية أم الداخلية) لا تمتلك إلا سيطرة ضئيلة على السلوك. (التصرف من دون التفكير...) وتوصيل تعليمات ذاتية هادفة يتم في البداية بالاستناد الوثيق للآراء العلم نفس نمائية؛ ففي البداية يتم إعطاء التعليمات خارجياً و ينبغي استدخالها (تمثلها) أو أتمتتها بالتدريج.

و يصف مايكنباوم Meichenbaum,1975الإجراء على النحو التالي:

- التوجيه الخارجي من خلال راشد (نموذج).
- يقوم الطفل بحل واجب، في حين يتم نطق التعليمات بصوت عال.
- يقول الطفل التعليمات لنفسه بصوت عال في أثناء قيامه بحل الواجب.
- تنفيذ الواجب، يصبح نطق التعليمات بصوت أخفض (همساً) (توقف المساعدة).
- تنفيذ الواجب بأن تعطى التعليمات للذات بدون صوت (استدخال).

وقد تم استخدام تدريبات تعليمات الذات في اضطرابات السلوك الطفلية، على سبيل المثال لدى الأطفال العدوانيين، والمسماة إلى حد ما "تقنية السلحفاة" (Schneider & Robin,1975; Schlottke,1980؛ ولدى الأطفال الاندفاعيين؛ و ضبط الانتباه. ولدى المرضى الراشدين يلعب تدريب التعليمات الذاتية على الأغلب دور مركب العلاج في برنامج مركب (على سبيل المثال في قلق الامتحان، في مواجهة المهام المعقدة... الخ).

ومن الجدير بالذكر في هذا السياق تعديلات التعابير الذاتية خارج المجال العلاجي أيضاً، على سبيل المثال في تدريب رياضيي القمة الذين يمكن في تدريبهم توصيل تعابير ذاتية مهمة جداً فيما يتعلق بالتصرف و استخدام مجريات حركة هادفة (على سبيل المثال Suinn,1989).

تدريب التحصين ضد الضغط

يشكل تدريب التحصين ضد الضغط الذي طوره مايكنباوم في عام 1985 تقنية تدخل استعرافية، يهدف لمواجهة مواقف الضغط والإجهاد بشكل عام. و بشكل خاص تحت مظهر المواجهة هذا حظي التدريب التقبل والانتشار. والمبدأ الأساسي لتدريب التحصين ضد الضغط يكمن في فرضية أن الإجهاد وما يرتبط بذلك من إرهاقات يتم توصيله بدرجة كبيرة من خلال المظاهر الاستعرافية. وهذه المظاهر الاستعرافية يتم تحليلها في تدريب التحصين ضد الضغط وتعديلها بشكل هادف. ويتضمن التدريب نفسه ثلاثة خطوات، أي طور تعليم و طور تدريب و مرحلة تطبيق التمرين.

في طور التعليم يتم جعل المريض يفهم استجابته للإرهاق. و هنا تتم محاولة تحليل الكلام المغطى للشخص و تحديد الوظائف الإشكالية للتعبير عن الذات. وكنموذج لمجرى الضغط يمكن للإنسان أن يستند إلى النموذج الانفعالي-النفسي-الفيزيولوجي للانفعالات لشاختر سنجر Schachter & Singer,1962، الذي يتضمن أن التفسيرات الاستعرافية لاستثارة فيزيولوجية تشكل محدداً جوهرياً للانفعال. و المهم في هذه المرحلة كذلك هو أن المريض نفسه يعرف بشكل مبكر المحددات الموقفية و سمات سلوك استجابة الضغط، كي يتمكن من تحقيق استجابة مواجهة مطابقة.

ويتضمن طور التدريب توصيل استراتيجيات معرفية في التعامل مع الضغط؛ و هنا يتم الاعتماد بدرجة كبيرة على استراتيجيات المواجهة المتوفرة لدى المريض. وبالتعاون مع المريض يتم بناء التعليمات الذاتية الهادفة بالنسبة للأطوار منفردة:

- **التحضير على المرهقات**: "ما الخطوة التالية المفترض القيام بها".

- **المواجهة** مع المرهقات: """أنا مستعد للتحديات".
- طور **التعزيز الذاتي**: "**أنجزت!**"

ولا يتم إعطاء التعابير الذاتية المنفردة بشكل معير، وإنما يتم عملها بالتعاون مع المريض؛ ففي البداية يكون من المفيد جداً تسجيل الجمل كي يتم تعلمها و استخدامها في مواقف الضغط المطابقة(على سبيل المثال ورقة في حقيبة اليد أو في الجيب).

وفي طور التطبيق يفترض للمريض –بدعم توجيهات المعالج– أن يقوم بتجريب التعابير الذاتية في مواقف الضغط الملموسة (على سبيل المثال في لعب الأدوار في موقف صراع شخصي). وبشكل خاص وعلى طور التطبيق هذا يقوم أيضاً التأثير المناعي المفترض لمايكنباوم (1977) لاستجابة المواجهة: عندما يتم توقع مواقف إرهاق (و لا يتم تجنبها) ، عندما تتوفر استعرافات ملائمة متمحورة حول المواجهة لموقف الضغط، فلن تعود للإرهاقات الواقعية و الملموسة –بما يشبه تشكيل الأجسام المضادة في التلقيح– تأثيرات سلبية وخيمة.

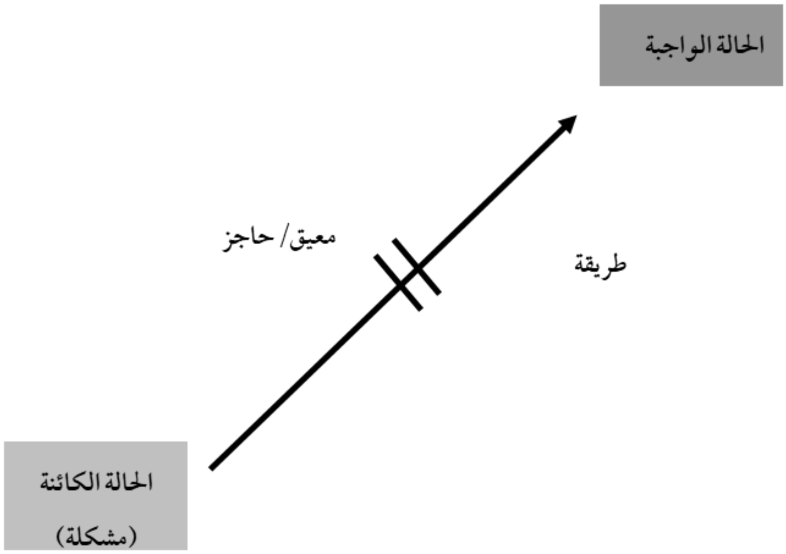
♦ يتم استخدام تدريب التحصين ضد الضغط لمواجهة استجابات القلق و الألم. و كمثال على الاستخدام النموذجى لبرنامج التلقيح ضد الضغط سوف نذكر **كمركب** لبرنامج مركب لمواجهة القلق:

في التمرين على المواجهة confrontationللتغلب copingعلى اضطرابات القلق والهلع (Maragraf & Schneider,1990, Reinecker,1987) تشكل المواجهة Confrontationمع المثيرات الداخلية (في الهلع) أو الخارجية (في الرهاب) للقلق على الأغلب مرحلة صعبة. وكتسهيل للمريض من جهة و كاستراتيجية مواجهة استعرافية cognitive Coping strategyملموسة من جهة

ثانية يمكن مع المريض النظر لموقف المواجهة هذا وكأنه موقف إرهاق. وتتضمن المواجهة confrontationطور تعليم ("ما الذي قد يحدث"...)، وطور التمرين(مع المراحل المذكورة أعلاه...) وطور التطبيق (في البداية بتوجيه من المعالج، وبناء على ذلك بالتدريج الإدارة الذاتية للمريض). و يشكل تدريب التحصين ضد الضغط في هذا السياق أحد مركبات componentلأسلوب علاج مركب complex أكثر من كونه طريقة علاج مستقلة. ♦

التدرب على حل المشكلات

يمتلك التدريب على حل المشكلات في علم النفس أهمية كبيرة؛ وهنا لم يعد منذ زمن بعيد اختصار تدريب حل المشكلات في المواقف الأكاديمية المبسطة (على سبيل المثال Newell & Simon 1972). إذ يمكن داخل العلاج السلوكي والعلاج السلوكي-الاستعرافي التمييز بين تلك المستويات مختلفة التي يمكن أن نطلق عليها تسمية حل المشكلات:



شكل (٢٤) حل المشكلة كمبدأ عام للأساليب العلاجية النفسية

- اعتبر مظهر حل المشكلة في بداية السبعينيات من القرن العشرين كسمة عامة جدا لأساليب علاجية نفسية مختلفة؛ و هنا يتم استخلاص المظاهر من نماذج نظرية و علاجية مختلفة، وحتى الطرق العلاجية منفردة (من تفسير الأحلام إلى بناء العلاقة أو حتى تمارين المواجهة...) تستخدم كطرق للوصول من وضع الانطلاق المشكل إلى حالة الهدف المرغوب. ويوضح الشكل (24) هذا المبدأ من حل المشكلة بوصفه نموذج بعدي للعلاج Meta Model of Therapy.
- يعد حل المشكلات تقنية تدخل استعرافية خاصة. منطلق هذه الأفكار تشكلها ملاحظة أن المريض بمشكلات نفسية يمتلك مهارات قاصرة في حل المشكلات بشكل عام. ويساعد توصيل منظور حل المشكلة – بالنظر لمشكلة نفسية موجودة– المريض على تصميم إشكاليته و تطوير

حل هادف بمساعدة المعالج النفساني . وسوف نقوم بتوضيح هذا المظهر لحل المشكلة بالمعنى الضيق.

- إمكانية ثالثة للرؤية تنبثق من أنه عندما يصطدم المعالج في مجرى العملية العلاجية بحالات تشويش خاصة (Kanfer, Reinecker & Schmelzer,1996): في حال تم قطع المجرى العلاجي المخطط، يفيد هنا التحليل من منظور حل المشكلة –هنا بالنسبة للمعالج.

حل المشكلة كاستراتيجية تدخل استعرافية

يفرق المرء في المواقف المشكلة بشكل عام حالة انطلاق (غير مرغوبة على الأغلب)، وحالة هدف (مرغوبة)، وكذلك كمية نهائية من التحويلات، الملائمة من أجل نقل حالة البداية إلى حالة هدف مرغوبة. في النقل على المواقف الإكلينيكية يمكن للمشكلة أن تكون موجودة من خلال الاضطراب في كل مرحلة (و كذلك توليف بينها) (الشكل 24).

- في كثير من الحالات فإنه من الصعب تحديد السمات المركزية لمشكلة نفسية بشكل دقيق (حالة انطلاق).
- غالباً ما يمتلك المرضى تصورات هشة عن الهدف (وغالباً سلبية) ("القلق سيظل مدى الحياة"!)؛ وبالنسبة لحل المشكلة فإن هذا قلما يكون كافياً، لأن إعطاء بيانات دقيقة مطابقة حول حالة الهدف ضرورية بالطبع.
- حتى وإن كان المريض يستطيع صياغة موقف الانطلاق المشكل الخاص به و حالة هدفه بشكل واضح، فقد تكمن المشكلة بالنسبة له في أنه لا يمتلك الوسائل المناسبة للتحويل (هنا طرق العلاج)، من أجل اختبار حالة المنطلق في حالة الهدف.

ويرتبط توصيل استراتيجيات حل المشكلة داخل العلاج الاستعرافي كما هو الأمر دائماً بشكل وثيق بتصورات نموذج حل المشكلات من علم النفس العام والمعرفي (مثل Doerner,1979). وطبقاً لذلك تعد الخطوات التالية مهمة لحل المشكلة:

1- توجه عام: تحديد موقف ما كمشكلة، تمييز المشكلات من جهة و الحقائق من جهة أخرى.

2- وصف المشكلة: تحديد وجهات النظر المختلفة؛ التمايز الأول إلى مظاهر أساسية ومظاهر ثانوية للمشكلة.

3- البدائل: طرح الحلول، على الأغلب عن طريق "عصف الدماغ"... .

4- اتخاذ القرار: اختيار من البدائل من منظور قصير الأمد وبعيد الأمد.

5- اختبار بدائل منتقاة، اختبار فيما إذ تم تحقيق الهدف... الخ.

غالباً ما تمت مناقشة حدود السمات النفسية العامة لحل المشكلة الإكلينيكية. و هنا تبدو **الديناميكية** المستخدمة للمشكلات الإكلينيكية ليست هي السمات التفريقية الحاسمة (لأنه من الممكن أن يتم النظر لمشكلات التخطيط المركبة بشكل دينامي). إلا أن المميز بشكل خاص بالنسبة لمواقف المشكلات الإكلينيكية هو درجة المعاناة الشخصية و ما يرتبط بذلك من تجذر انفعالي لموقف المشكلة. و من المؤكد أن هذا يشكل حدود (إذا لم تكن مطلقة) بالنسبة لرؤية الاضطرابات النفسية من منظور المشكلات. بالإضافة إلى ذلك ينبغي لفهم الاضطرابات النفسية كمشكلة، وبشكل خاص أيضاً أهمية النتائج العلم نفسية العامة و العلم نفس استعرافية للممارسة الإكلينيكية و العلاجية، أن يقوم على أنه شديد الأهمية و مهم.

تنبثق التطبيقات بشكل خاص عندما يلعب حل المشكلة غير المناسب دوراً مركزياً، على سبيل المثال لدى اليافعين الجانحين وما قبل الجانحين، أو في المهارات الاجتماعية

القاصرة. أمثلة أخرى لتطبيق استراتيجيات حل المشكلة تنبثق من مجال مواجهة الغضب و العدوان و ضبط العنف (على سبيل المثال في الغبن الجنسي).

خلاصة

♦ يبدو الخلاف حول أولوية النماذج النظرية السلوكية مقابل النماذج الاستعرافية غير ملائم لأسباب كثيرة: فعلى مستوى الأسس يتم اليوم الاعتماد على مجال واسع جداً –أي على أسس علم النفس والعلوم الجارة–. وفي مجال الممارسة فإنه منذ أمد بعيد قد اتضح أن العمل على المستويات منفردة لتعقيد المشكلات القائمة لا يمكن تبريره. و في مفهوم "العلاج السلوكى الاستعرافي" يحاول المرء أخذ هذا الوضع بعين الاعتبار. ♦

العلاج السلوكي: الاستخدام والمنظور

حقق العلاج السلوكي في هذه الأثناء درجة عالية من التمايز، لا يمكن الإحاطة بها كلها من قبل شخص واحد؛ ولم تمس هذه التطورات المجالات الجوهرية التي ذكرناها سابقاً: وحتى المجالات الجانبية خضعت لتطويرات و تعديلات. وعلى سبيل الذكر فقط نشير إلى التطبيقات على مجموعات نوعية من الاضطرابات، على سبيل المثال الاضطرابات ذات الشكل الجسدي (Rife & Hiller,1992)، و في مجالات خاصة من الطب السلوكي و مقاربات العلاج السلوكي لطرق العلاج، التي ظلت لفترة طويلة خارج طيف النشاط الخاص (كالتنويم على سبيل المثال). كما يمكن رؤية مجال آخر للتطور في مجال تطبيقات المبادئ العلاجية السلوكية خارج المجال الإكلينيكي (على سبيل المثال في المنظمات أو في علم النفس التربوي أو في مواجهة المشكلات الوخيمة للسلوك البيئي...)وسوف نتعرض لبعض هذه المظاهر.

فإذا ما تأملنا بعض سمات "العلاج السلوكي" التي ذكرناها في البداية فسوف يتضح بأن العلاج السلوكي قد أصبح في هذه الأثناء يغطي في البحث و الإمداد جزءاً كبيراً، وهو ما يسمى "بالعلاج السلوكي (الشكل 25).



شكل (٢٥): مجال تقاطع علم النفس الإكلينيكي والعلاج السلوكي

مجال بحث ونشاط علم النفس الإكلينيكي هو أشمل: مجالات التشخيص و التصنيف و الجائحة و إلى حد ما أيضاً أبحاث التصنيف المرضي Nosology تعد من ضمن المجالات الأصيلة لعلم النفس الإكلينيكي.

وعلينا ألا نحمل الشكل أكثر مما يتحمل: إذ لابد من أن يكون واضحاً بأن مجالات التقاطع قد أصبحت في هذه الأثناء كبيرة؛ كما أن إزاحة مجال موضوع وطرق علم النفس الإكلينيكي باتجاه العلاج السلوكي قد أصبح صفة مميزة لفهم خاص جداً للعلم على شكل سلوكية طرائقية methodical Behaviorism.

وفي هذا الفصل الختامي سوف نتطرق لبعض المناظير المستقبلية –وبشكل خاص من وجهة نظر التطبيق والممارسة:

- دور العلاج السلوكي في الإمداد،
- مظاهر التكاليف و الفوائد... الخ،
- استخدام العلاج السلوكي خارج مجال علم النفس الإكلينيكي، وأخيراً
- مسألة عبور علم النفس السلوكي إلى "علم نفس عام" (Grawe et al. 1994).

حول دور العلاج السلوكي في الرعاية

فهم العلاج السلوكي نفسه منذ بداية تطوره كمحاولة للتخفيف من المعاناة الإنسانية. وقد حاول المرء تجنب مفهوم المرض لأسباب موضوعية في جزء منها ولأسباب إيديولوجية في جزئها الآخر: فالعلاج السلوكي **لم يرد** أن ينظر إليه من منظور تصورات النموذج الطبية، وإنما كمساعدة على المساعدة الذاتية (أنظر Ullmann & Krasner,1969:Apsychological Approach to abnormal behavior"). فمن المعروف أن المعالجين السلوكيين يبتعدون بشكل صارم عن تصور الأدوار المعروف في

النموذج الطبي حول الطبيب من جهة و المريض من جهة أخرى؛ فالأشخاص الذين عانوا من اضطرابات نفسية عليهم أن يساهموا بشكل **فاعل** في إزالة تلك الشروط التي تعد محددات الاضطراب.

في هذه الأثناء ترسخ فهم واقعي لمفهوم المرض أو الاضطراب: وعلى الرغم من أن العلاج السلوكي لا ينضوي تحت النموذج الطبي، إلا أن العلاج السلوكي قد أظهر منذ زمن بعيد بأنه قادر على علاج وتعديل الاضطرابات ذات **القيمة المرضية**. أما مسألة متى يوجد اضطراب نفسي ذو قيمة مرضية فهي تتعلق بالإضافة إلى ذلك بأبعاد قانونية و تمويلية و سياسية. فلنفكر على سبيل المثال بالكحولية التي لم يتم الاعتراف بها إلا في عام 1968 على أنها مرض، وتمويلها من قبل صناديق الضمان الصحي. **مشاركة العلاج** السلوكي في رعاية الأمراض –بغض النظر عن كون الأمر عن طريق التحويل أو عن طريق إجراءات الموافقة على دفع التكاليف– أصبح واقعاً في هذا الأثناء. و علينا كذلك أن نضيف بأن اعتبار الاضطرابات النفسية على أنها أمراض قد يحمل في طياته مظاهر إيجابية أيضاً: منها على سبيل الذكر تحرير المريض و أسرته من الأحكام الأخلاقية، بالإضافة إلى إمكانات تباعد المريض و أخيراً المظهر الذي تطرقنا له سابقاً الرعاية والتمويل.

فأي دور يلعبه العلاج السلوكي في الرعاية؟

يتولى العلاج السلوكي من بين أمور أخرى مطلب الرعاية الاجتماعية النفسي القريب من المجتمع؛ و هذا المطلب لعلم النفس المحلي يتضمن النقاط الأساسية التالية:

- ينبغي للتأثيرات أن تطبق في المكان الذي تنشأ فيه المشكلات، أي في الحياة اليومية للشخص. وهذا يتضمن تأسيس مراكز قريبة من المجتمع المحلي، من أجل تجنب ما يسمى "بمشكلة التضخم". ومن المؤكد أنه سيكون مثالياً لو تم التخلي عن "بنية-الحضور" للمؤسسات الاجتماعية النفسية.

- تفضل التدخلات الاجتماعية النفسية تقديم المساعدة في العيادات الخارجية على تقديم المساعدة المركزية؛ على المريض أن يظل ضمن سياقه الطبيعي و أن يتم تمكينه من التغلب على المشكلات القائمة في الموقع.
- يقول "مبدأ التدخلات الأدنى" ضمن التوجه العلم نفس محلي بأنه على المساعدة المحترفة أن تتدخل في حياة شخص ما بالمقدار الذي يبدو فيه هذا ضروري. ينبغي للمساعدة المتخصصة أن تسهم في دعم وتنشيط كفاءات المساعدة الذاتية؛ و المطلوب هو تنمية المساعدة غير المحترفة، وتنشيط الوسائط لدعم المريض\المتعالج.
- علم النفس المحلي يعني أنه على المساعدة أن تتوجه وفق **حاجات** المعنيين: وطبقاً لذلك فإنه يفترض ألا ينظر لمشكلات الأشخاص المعنيين من خلال "نظارة نفسية". وهذا يتضمن المطلب لتقديم المساعدة على مستويات مختلفة –آخرها في إطار العمل البين تخصصي.
- علم النفس المحلي يتضمن توجهاً وقائياً: وهذا يعني أنه ينبغي أن يتم تقديم المساهمات النوعية و العامة لمنع الاضطرابات النفسية. وتتضمن الوقاية كذلك الانتقال من رؤية فردية إلى رؤية اجتماعية لنشوء واستمرارية الاضطرابات النفسية. وبالذات يصطدم العمل العلاجي بحدود في مظهر الوقاية، لأن الشروط يمكن أن تكمن أيضاً خارج مجال العوامل النفسية (على سبيل المثال البنية الأسرية، الموقف القانوني، والمادي؛ الوضع السكني و المهني... الخ).

ووفق المستوى الراهن للإمداد- وبشكل خاص في ألمانيا- و مع التوجه نحو نظام الرعاية الطبية الخارجية لا يمكن تحقيق مبادئ علم النفس المحلي إلا بشكل جزئي. و الأهم من ذلك التأكيد على أنه بالإضافة إلى المساعدة الفردية (على سبيل المثال حساب

الخدمة الفردية) فإن أقسام المراكز العلم نفس محلية تمثل مطلباً ضرورياً من وجهة النظر العلاجية السلوكية.

فإذا ما تأملنا مظهر الرعاية (أيضاً من منظور فاعلية التدخل العلاجي النفسي)، فعلينا أيضاً أن ننظر لنسب فاعلية العلاج السلوكي المثيرة للانطباع بشكل تفريقي: فحسب ماركس (1987 و 1993) أو ماير و آخرين (1991) فإن عدد ضئيل فقط من المرضى الذين من الممكن أن يكون العلاج النفساني مفيداً لديهم يحضر للعلاج النفسي. و في هذا السياق فإن الأمل بالتحسن العفوي مجرد سخرية. وقد أوضح غراوه Grawe,1992بأن التحسن العفوي لا يحدث إلا بمقدار ضئيل جداً (دراسة التعديلات لمجموعات ضابطة من دراسات علاج نفسي). ويبدو أنه من البديهي بأن طموحنا نحو تقديس التدخلات العلاجية السلوكية يجب أن يستمر؛ من المنظور **الكمي** -من منظور الرعاية، الذي يستحق هذا الاسم- فإنه لا يمكن الاستغناء عن تسهيل **المدخل** إلى العلاج النفساني. ومن ضمن ذلك إجراءات تحسين المعرفة حول الاضطرابات النفسية و إمكانات المساعدة العلاجية السلوكية للمعنيين الأقارب و في نظام الرعاية الطبي؛ كما أن إجراءات تحسين بنية الرعاية في المناطق دون مستوى الرعاية ضروري. و علينا أخيراً ألا نقلل من أهمية الوضع المتمثل في أنه على المعالجين النفسين أن يسترشدوا بنتائج أبحاث العلاج النفساني. إذ يبدو أنه من غير الأخلاقي منع المعنيين من الحصول على ذلك الأسلوب العلاجي الذي برهن فاعليته فقط لكون المعالج ليس على استعداد لتعلم هذه الأساليب تطبيقها (Grawe,1992).

المشكلة الكبرى و المانع الأكبر في الرعاية النفسي الاجتماعي **لا تكمن** في الفاعلية المحدودة للطرق العلاجية النفسانية و العلاجية السلوكية أو في العدد الضئيل للمعالجين النفسيين، بل أن الأسوأ هو نقص المعلومات في المعرفة حول العلاج السلوكي والصعوبات في الوصول للعلاج النفسي و تطبيق استراتيجيات فاعلة من خلال معالجين مدربين بشكل مرن.

خلاصة

♦ إذا ما لخصنا مشكلات دور العلاج النفساني في الرعاية، فإن الأمر بالدرجة الأولى يتعلق –بالذات من نتائج أبحاث العلاج النفساني الشائعة– بإتاحة الفرصة للمعنيين من الوصول إلى للمساعدة الفاعلة. وهنا ينبغى أن يولى اهتمام لتحضير المعلومات المفهومة، لأنه عن هذا الطريق يمكن خفض التضخم على طريق الحصول على المساعدة المحترفة. ومن خلال توفير الأساليب الفاعلة لا يكون هدف مساعينا قد تحقق بعد، فهذه الأساليب يجب أن تكون متيسرة للمعنيين أيضاً.

الفاعلية و التكاليف و الفوائد

حقق البحث العلاجي درجة من الإتقان والتمايز المثير للانطباع الشديد و بالتحديد في مجال العلاج السلوكي. ومن المؤكد أن هذا يرتبط بأن العلاج السلوكي من البداية قد بدأ ببرنامج للتقويم المنهجي للتعديلات. وهذا المطلب ليس مجرد مبدأ لعلميتنا فحسب وإنما اتجاهنا الإنساني-الأخلاقي: إذ يبدو من المثير للشك تحقيق إجراءات في العلاج النفساني لم يتم اختبار فاعليتها (وآثارها الجانبية) على حالة المريض.

ومن أجل دراسة فاعلية العلاج السلوكي يوجد في هذه الأثناء طيف واسع من المداخل و الأساليب؛ و قد تم عرض هذه في مكان آخر من هذا الكتاب (أنظر الفصل السادس). كما تم هناك عرض فوائد وتكاليف (أو نسبتها إلى بعضها) بتفصيل.

و على الرغم من أن العلاج السلوكي هو من حيث المبدأ عبارة عن مبدأ للعلاج قصير الأمد، غير مشكوك بفاعليته؛ غير أنه من المؤكد أنه في حالة خاصة منتقاة و في مشكلات نوعية تنبثق ضرورة العلاج طويل الأمد، وهنا علينا أن ننظر للمعايير بشكل مختلف، على سبيل المثال في المجال الشخصي و لمنع الانتكاس و كذلك لتحسين نوعية

الحياة (في مجال الإشراف غلى الأمراض المزمنة على سبيل المثال).

وتحت الكلمة المفتاحية "الفاعلية" ينبغي الإشارة إلى أنه ينبغي عدم النظر للعلاج السلوكي على أنه مبدأ للتغلب على جميع المشكلات نهائياً، وإنما كمحاولة للمساعدة الذاتية (الكلمة المفتاحية: علاج إدارة الذات"). و كذلك علينا ألا نفترض أنه: بعد إجراء تدخل علاجي سلوكي لن تعود المشكلات إلى الظهور ثانية أو لا يجوز لها أن تظهر ثانية، بل على المرضى أن يتعلموا في إطار العلاج السلوكي كيف يمكنهم التعامل مع هذا و أن المساعدة من جديد قد تكون ممكنة.

العلاج السلوكي خارج المجال الإكلينيكي

تعد نظرية العلاج السلوكي نظرية عامة للسلوك الإنساني و شروطه. ومن المؤكد أن المظاهر المهمة عيادياً التي ناقشناها في هذا الفصل لا تشكل إلا جزء من كل إمكانات الاستخدام. و كما يمثل التعديل التربوي للسلوك مثالاً لتطبيقات العلاج السلوكي، على سبيل المثال في مجال تدريب الوالدين و المعلمين وتدريب السلوك و في مواجهة سوء استغلال الأطفال، وفي الوقاية من الحمل و الأيدز ومنع التسرب المدرسي و العلاج السلوكي في الإرشاد. يضاف إلى ذلك مبادئ العلاج السلوكي و تعديل السلوك في المنظمات وبشكل خاص مراعاة مظاهر التنمية لظروف العمل الإنسانية في أماكن العمل وإدارة السلوك، وفي مجال العمل؛ علم النفس التنظيمي. كما توجد إمكانات تطبيق جديدة ومهمة في مجال الاستغلال المسؤول للبيئة و في مجال استهلاك الطاقة و الماء، وفي وسائط النقل العامة والخاصة، وبشكل عام في مجال البيئة. بالإضافة إلى وجود مجالات تطبيق تقع بقرب المجال الإكلينيكي، على سبيل المثال في مجال تطبيق المبادئ العلاجية السلوكية في مجال الإعاقات العقلية أو العلاج السلوكي في مجال الشيخوخة. وينبغي النظر للحدود بين مجالات التطبيق الإكلينيكية وخارج الإكلينيكية بشكل مطاط. ومن أجل عرض بعض إمكانات التطبيق يقدم جدول (2) عرضاً مختصراً.

وتشكل مجلة التحليل التطبيقي للسلوك Journal of Applied Behavior

Analysisومجلات أخرى (من نحو تعديل السلوك Behavior Modification أو مراجعة علم النفس الإكلينيكي Clinical Psychology Review) مصدراً خاصاً للتطبيقات العملية للمبادئ العلاجية السلوكية (وبشكل خاص من المنظور "الإجرائي") و كذلك تقدم سلسلة منشورات (التقدم في تعديل السلوك Progress in Behavior Modification) إلى حد ما عرضاً ممتازاً لمجالات التطبيق الإكلينيكي وخارج الإكلينيكي للعلاج السلوكي.

جدول (2) بعض مجالات التطبيق خارج الإكلينيكي

مجالات التطبيق	إرشاد للمراجع
التعديل التربوي للسلوك (على سبيل المثال تدريب الوالدين)	O'Dell,1985
مواجهة سوء استغلال الأطفال	Gambrill,1983
الوقاية من الحمل (بشكل خاص لدى المراهقات)	Schinle,1984
العلاج السلوكي في الإرشاد	Southern & Campra,1984
الوقاية من الإيدز	Lawrence & Kelly,1989
علم نفس البيئة، استهلاك الطاقة، البيئة	Kazdin,1977; Twardosz,1984; Martens & Witt,1988
التربية على وسائط النقل/ استخدام حزام الأمان	Thyer & Geller,1990
علم النفس التنظيمي، إدارة السلوك	Frederikson & Johnson,1981;

	Andrasik, Heimberg & McNamara,1981
سلوك التدخين فى مكان العمل	Klesges & Cigrang,1988
علم نفس الشيخوخة ، طب الشيخوخة	Wiscki,1984;Patterson & Jackson,1980;Hussian,1984

العلاج السلوكي: على طريق علاج نفسي عام

يبدو العلاج النفساني للمراقب غير المتخصص أن العلاج النفساني حقل غير متجانس على الإطلاق لمدارس مختلفة، بل حتى متناقضة فيما بينها. و حتى لو نظرنا للقائمة التي أعدها هيراينك (1980) Herink التي تحتوي على أكثر من 250 "مبدأ علاجياً" على أنها مبالغة (لأنه تم هنا جمع أسماء وألقاب [إتيكيتات])، تظل النماذج الجدية صورة غير متحدة. و تتصف المبادئ منفردة بالفرضيات المختلفة حول صورة الإنسان و فرضيات النموذج حول تطور و استمرارية الاضطرابات النفسية وفي إمكانات تعديلها و بشكل فيما يتعلق بمحكات تعديل ما (على سبيل المثال متى يمكننا التحدث عن تحسن\شفاء). وينعكس التقسيم إلى مدارس مختلفة في مسارات التأهيل والتأهيل المستمر المختلفة، حيث قلما يبدو هناك إمكانية تخطي للفروق المختلفة. ويتم تسهيل التوجه نحو المدارس المختلفة على الأغلب من خلال صور المؤسسين الكاريزمية (فرويد، آدلر، يونغ، روجرز، ولبي... وآخرين).

ولا يوجد نقص في المحاولات المختلفة للتوحيد(قارن .Garfield,1980,Lazarus,1976, Mahoneey,1990, Stricker & Gold,1993) وتنطلق مثل هذه المحاولات إما باتجاه **الانتقائية** Eclectism (أي أنها ذات توجه تقني مع تجفاف abstinenceو تقتير نظريين. .) أو أنها باتجاه **الاندماج** **Integration**(أي بمحاولة تجسير نظري للمبادئ المنهجية المختلفة). وبمقدار ما كانت نوايا المبادئ

المنفردة بمقدار ما لم تلاقي جاذبية كبيرة حتى اليوم: فالتسمية "انتقائية" تعد اليوم وكأنها تحديد أو انفصال، لأن المرء يتهم الممثل بأنه (أنها) لم يسترشد بالنماذج النظرية (مع العلم أن مفاهيم الملاحظة observation terminology "مشبعة بالنظرية" أنظر Bungs,1967)؛ و مبدأ "التكامل" يبدو اليوم مطلباً مثالياً، لأنه ينبغي أن يتم تطوير "السطح" النظري وتجميع طرق العلاج المنفردة (التي تحمل في طياتها أسس خاصة) تحت هذا السقف.

فإذا ما تأملنا الوضع الراهن بعين الرضا، فإنه يمكننا أن نرى ما هو موجود إلى جانب بعضه ضمن ظروف معينة بمعنى **التعددية pluralism** النظرية (ومن ثم أيضاً التقنية): لهذا تقف المبادئ المختلفة بدرجات مختلفة إلى جانب بعضها البعض لأنه يمكن فهم موضوع الملاحظات (الاضطرابات النفسية) بشكل مختلف بالأصل. وتظهر هذه التعددية في **الممارسة Praxis** والرعاية الإكلينيكي: (أ) كصراع توزيع، و (ب) كإمكانية لطرح تفريقي للفاعلية indication. وينبغي اليوم رؤية المبادئ العلاجية المنفردة (بما في ذلك العلاج السلوكي) بمعنى هذه التعددية.

و ما يظهر للملاحظ الخارجي على أنه نوع من الفوضى و بالنسبة للمتخصص على أنه تعددية يعد بالنسبة **للمعنيين** غير مقبول على الإطلاق: فالمرضى لا يتمايزون (ينقسمون) حسب فئات المتخصصين، ولجزء ضئيل جداً من المعنيين فقط يكون التمايز (التقسيم) إلى مبادئ علاجية مختلفة معروفاً بالنسبة لهم (Preuss,1986, Reinecker & Krauss,1994). وما يطلق عليه المتخصصون تسمية "الفاعلية indication" يعد بالنسبة للمرضى "حظ" أو "سوء حظ"-أي التمكن من الوصول إلى معالج أو إلى مستشفى قادر على التعامل بشكل مناسب مع المشكلة القائمة (التحويلات و ما يشبهها قلما تتم بسبب صراع التوزيع المذكور).

ومن المؤكد أن المشكلة المعروضة ليست سهلة الحل-فهي لم يتم ولا مرة وصفها بشكل تفريقي في أبعادها كلها وتشعباتها. وتذهب مبادئ الحلول باتجاه بناء تأصيلي لعلم النفسي (وفروعه)، وباتجاه بناء تأصيلي كذلك و تفريقي لعلم النفس الإكلينيكي (معارف حول المبادئ النظرية، صور الاضطراب... الخ) وباتجاه تأهيل مستمر في

العلاج النفساني. وكان بيريز Perrez (1982) قد اقترح منذ بعض الوقت لنظر للعلاج النفسي بوصفه "علم نفس إكلينيكي تطبيقي". وفي تحليل دقيق applied clinical psychology. وفي تحليل دقيق جداً للنماذج العلاجية الثلاثة الجدية (التحليل النفسي، العلاج السلوكي، المبادئ الإنسانية) حاول غراوة (Grawe, Donati & Bernauer,1994)، تحديد آليات التأثير العامة لهذه المبادئ العلاجية النفسانية. و قد انصب اهتمام غراوه بشدة على المجال **النظري لآليات التأثير** (المخمنة)، أي تلك العوامل التي نعتقد أنها تسبب تأثيرات (بغض النظر عما يتم تحقيقه هنا تقنياً).

والمناظير التي تمت مناقشتها من غراوة و دوناتي و بيرناور (1994) (أنظر مستقبل العلاج النفساني (1999) ترجمة سامر جميل رضوان:

- منظور مواجهة المشكلات،
- منظور التفسير،
- و منظور العلاقة.

وقد تخلى غراوه في هذه المناظير، التي أطلق عليها بصراحة تسمية "أسس علاج نفسي عام" (1994)، بشكل يبعث على السرور التفكير في المنظومات المدرسية: وقد ركز على ذلك المستوى الذي يمتلك بالنسبة للعلاج، أي بالنسبة للتعديل الذي يمتلك أهمية بالنسبة للمريض. وطبقاً لذلك يفترض أن تكون المبادئ العلاجية قابلة للقياس من خلال المدى الذي هي فيه قادرة أيضاً على تحقيق المناظير المنفردة –بالاسترشاد بتصورات الهدف و حاجات المتعالجين و المرضى–.

ويتيح العلاج النفساني لتحقيق هذه المناظير إطاراً مثالياً: كان **منظور مواجهة المشكلة** دائماً من اختصاص العلاج السلوكي (وحتى العلاج السلوكي التقليدي): فمواجهة المظهر التقني للتمرين والتعلم و المواقف بطرق بديلة، ومواجهة المواقف الصعبة تشكل سمة جوهرية للإجراء العلاجي السلوكي. وقد اعتبر غراوه أن منظور المواجهة يشكل أقوى سمة متجذرة في العلاج السلوكي.

ويلعب في العلاج السلوكي مظهر **التفسير**–ربما في الممارسة أكثر من التصورات النظرية المطابقة– دوراً مهماً جداً (غراوه نفسه يتحدث بالنسبة لمنظور المواجهة و التفسير بأنهما على علاقة تبادلية): فالمرضى لا يحضرون بداية للعلاج لمجرد أنهم يريدون تعديل أمور معينة أو مواجهة مشكلات محددة أو لأنهم يريدون حلها؛ بل يحتل لديهم **تفسير** الأعراض مركز الصدارة (على سبيل المثال لماذا أعاني من مثل هذه المخاوف أو الاكتئاب أو الألم؟... لقد عشت حتى أربع سنوات خلت كامرأة سليمة وطبيعية، لماذا لم يعد هذا كما كان في السابق؟ على سبيل المثال). وفي لب هذه المسائل تكمن الرغبة في **تفسير** هذه الآلام في تنظيمها المفيد في سياق الحياة. والفئات المتوفرة للمريض و محيطه تكون قد وصلت هنا حدها، وإلا لما كان قد حضر الشخص كمريض إلى العلاج. و المهمة المطروحة في إطار منظور التفسير تكمن في التوصيل للمريض تفهم معقول لصعوباته؛ ومن أجل هذا الغرض لابد للمعالج من الربط بين مجالين: معرفته النظرية الخلفية في علم النفس العام و علم النفس الإكلينيكي من جهة الموقف والوضع الفردي وخصوصيات حالة مريض ما من جهة أخرى. توصيل هذا النموذج المعقول (بمعنى إعادة بناء معرفي، تعديل للتصويرة...) يحدث في مجرى العملية العلاجية. وتؤثر المواجهة و منظور التعديل مع بعضهما من ناحية أن المريض بالتعاون مع المعالج يحصل على فهم معقول لإشكاليته و يحقق في الوقت نفسه على تعديلات ملموسة (بمعنى التمرين)، المنسجمة مع المعلومات و التفسير و المنظور الاستعرافي الممكن.

ففي العلاج بالمواجهة مثلاً يخضع المريض إلى موقف يخشاه (تجمعات الناس، إدراك المثيرات الداخلية (كخفقان القلب...) على سبيل المثال). وفي مجرى هذه المواجهة تحدث مواجهة مع الانفعالات المرهقة بمعنى تمثل انفعالي وإعادة ترميم و مواجهة. و هنا لا بد من الانطلاق من التعديل على المستوى نفسه للسمات الاستعرافية المركزية، أي التوقعات و تقديرات إمكانات المواجهة.

ويكمن العنصر الثالث الذي لا يمكن الاستغناء عنه لعلاج نفسي عام في **منظور العلاقة**: ففي هذه الأثناء تم برهان أهمية هذا المنظور. وفي العلاج السلوكي تم النظر

لأهمية العلاقة العلاجية منذ البداية على أنها مهمة و جوهرية. (قارن ولبي و لازاروس). ومع ذلك فقد حظيت العلاقة العلاجية لفترة طويلة بصفة "متغيرة غير نوعية" وبداية في وقت متأخر نظر للعلاقة العلاجية على أنها عامل تأثير مهم، لا يمكن للطريقة العلاجية أن تتطور إلا على أساسها. وفي تحليل التفاعل الرائج تم برهان أهمية منظور العلاقة بشكل قاطع. إذ يؤكد شيندلر Schindler,1991 على سبيل المثال للدور الخاص للتفسير و الدعم من جانب المعالج وتقارير التعديل و المظاهر الدافعية من جانب المريض بوصفها محددات حاسمة للعملية العلاجية. و تظهر الدراسات المقارنة لسلوان وآخرين (1975) , .Sloane et alأن مظاهر العلاقة في الممارسة العلاجية السلوكية قد تحققت دائماً: فبغض النظر عن النسب تم تدريج المعالجين النفسانيين المساهمين في هذه الدراسة (بالمقارنة مع المحللين النفسيين) على مقاييس علاج العلاج المتمركز حول المتعالج فيما يتعلق بتحقيق متغيرات العلاقة على أنهم متفوقون بوضوح. عدا عن ذلك يبدو وبالتحديد من المنظور العلاجي السلوكي النظر لمنظور العلاقة بشكل منفصل عن سمات حل المشكلة أو السمات التقنية بأنه إشكالي: إذ يتم استخدام العلاقة عملياً في تحقيق استراتيجية علاجية-وبالعكس لا يمكن تحقيق استراتيجية علاجية إلا إذا قامت علاقة علاجية (التفهم، و الثقة والدعم).

وبما أن العلاج السلوكي منذ نشوئه قد نظر وينظر لنفسه دائماً عبر الأطوار المختلفة لتطوره على أنه تطبيق المبادئ النفسية في السياق العلاجي، فإنه يمتلك علاقة قريبة خاصة "بالعلاج النفساني العام". ومن المؤكد أنه يتم في سياق الإجراء العلاجي الملموس تحقيق السمات المنفردة بطرق مختلفة، إلا أن هذا يتلاءم مع الإجراء التفريقي- الاسترشاد بحاجات و أهداف المريض. و هنا لا يجوز الادعاء بأي شكل من الأشكال أن العلاج النفساني كله و عليه أن يتطور باتجاه العلاج السلوكي أو منظور علاج نفسي عام: فالفرضيات النظرية و التقنية تبدو مختلفة جداً وكذلك سمات صورة الإنسان في الأساليب الإنسانية و التحليل النفسي و العلاج السلوكي. بالإضافة إلى ذلك من الممكن أنه قد يكون قد تم تحقيق المظاهر المطروقة من غراوه وآخرين، 1994 للعلاقة و

حل المشكلة والتفسير من هذه الاتجاهات العلاجية بطريقة مختلفة. وسوف يبدو الأمر وكأنه نوزع من الإفقار للطيف العلاجي الممكن إذا ما حاول المرء تخفيض هذه الإمكانات أو إقصائها.

كما يفترض للتعددية النظرية المطروقة أعلاه أن يكون لها مكان في الإطار العلاجي أيضاً: فالمشكلات السلوكية والاضطرابات النفسية... الخ يمكنها أن تكون مصممة مفاهيمي بشكل مختلف و ربما أيضاً يتم حلها بشكل مختلف (وهنا يجوز لنا وعلى سبيل الاستثناء المقارنة مع الطب، حيث توجد مداخل مختلفة للمرض). إلا أنه للتعددية هناك حدودها الواضحة، حيث لا يمكن مبدئياً وصف و تفسير تصورات اضطراب بشكل نفسي، وحيث تتجاهل المبادئ العلاجية الضبط المبدئي للفاعلية.

و علينا ألا ننظر للعلاج السلوكي والعلاج النفساني العام على أنهما متطابقان؛ فمن المؤكد أن العلاج السلوكي لا يقدم الحل لكل الثغرات النظرية للعلاج النفسي، ولا يمكن اعتباره الوسيلة الشافية لكل النظام الصحي. إلا أن العلاج النفساني يلعب دوراً مهماً في مجال البحث و الرعاية الصحية في الاضطرابات النفسية. لهذا لابد وأن يعد العلاج النفساني على أنه برنامج مفتوح، مفتوح على النقد، مفتوح على التعديل وللتطوير على طريق علم النفس العام.

الباب الخامس

كيف يساعد العلاج النفساني

الباب الخامس
الفصل العاشر

كيف يساعد العلاج النفسي؟

B. Strauss and W. w. Wittmann

"سيكون السمك آخر واحد يكتشف الماء. ولكن من يعرف أحسن من السمك كيف يعيش في المحيط Greenberg,1994

بحث العلاج النفساني و الممارسة العلاجية النفسي

♦"سوف تقود الإمبيريقية المتضخمة من دون الأسس الثابتة للبنى النظرية إلى تنوع في مشاريع البحث، المتشتتة نتائجها، والقليلة فاعليتها. وبالمقابل سوف تسهم المناقشات النظرية من دون أسس النتائج العلمية إلى تفلسف بيزنطى ذو فوائد عملية ضئيلة. ضرورة تكامل بين البحث و الممارسة الإكلينيكية هى ضرورة واضحة. أما الكيفية التى قد يبدو فيها هذا التكامل فمن النادر أن يتم التصريح بها!" Kernberg & Clarkin,1994. ♦

الفصل بين العيادة و البحث في العلاج النفساني، وبشكل خاص في العلاج

النفساني التحليلي هو أمر واضح بالفعل منذ زمن بعيد. و ربما تكون أسباب ذلك متنوعة، بغض النظر عن أنه تجري بين الحين والآخر محاولات للتغلب على الهوة بين البحث و الممارسة. و هنا يتم التأكيد على التعاون المنادى به في الاقتباس أعلاه و على الفائدة الممكنة لاستغلال نتائج البحث في تأهيل المعالجين النفسانيين، ولكن على شرط أن يتقبل الإكلينيكيون نتائج البحث و يأخذوها بعين الاعتبار.

و البحث العلاجي النفسي يجعل من الضروري وجود نوع من الشفافية للممارسة العلاجية النفسانية، وغالباً ما يتيح رؤية أمور قد تكون مخفية على المعالجين النفسانيين. وهذا من جهته سوف يقود بالتأكيد إلى التعرف على أمور لا يستطيع الملاحظ من الخارج إدراكها. وهذا يؤيد أيضاً النظر للممارسة العلاجية النفسانية من زوايا مختلفة و من ثم المساهمة بتفهم حقيقي للتعديلات من خلال العلاج النفساني.

ومن المؤكد أن **أبحاث العلاج النفساني** التي تتبع هذا المطلب هي نفسها قديمة قدم العلاج النفساني نفسه، وهو ما سيتضح من العرض اللاحق. وفي الواقع فقد بدأت الدراسات الإمبيريقية المنهجية حول العلاج النفساني منذ أواخر أربعينيات القرن العشرين وبداية الخمسينيات، حيث وجب هنا تطوير تقنيات وطرائق بحثية. و من حيث الموضوع يتضح من العرض الذي قدمه ماير Meyer,1990 بأن السؤال "كيف يساعد العلاج النفساني"؟ تحتاج إلى تخصيص في السؤال **"بأي مقدار** يساعد العلاج النفساني، و إلى أي مدى يقود إلى تعديلات وفي أي مجالات؟" و في السؤال **"من خلال** أي شيء يساعد العلاج النفساني، أي ما هي الآليات و العوامل التي تسهل أو تكبح هذه التعديلات؟". و سوف نقوم في الفقرات التالية بتلخيص هذا الكم الكبير من النتائج الموثوقة، التي تبيح لنا الإجابة عن هذه الأسئلة –وإن كانت ليست كلها–

عرض

"تصنيف بحث العلاج النفساني Taxonomy of Psychotherapy Researches.

(عن ماير، 1990)

1. **المرحلة التقليدية**: بداية مع نشر "دراسات في الهستيريا من فرويد وبروير (1895) وكانت الطريقة الرئيسية هي **المقارنة القبلية-البعدية** الفردية. وانتهت هذه المرحلة عندما قام آيزينك في عام 1952 للمرة الأولى بانتقاد الطريقة و الادعاء المستفز بأن فاعلية العلاج النفساني (التحليلي النفساني) لا تختلف بشكل جوهري عن الشفاء العفوي للاضطرابات النفسية.

2. **مرحلة التبرير**: وبالنتيجة قامت محاولات لبرهان **فاعلية العلاج النفساني** بشكل مقنع (من خلال مجموعات ضابطة من قوائم المنتظرين للعلاج أو من خلال دراسات الأدوية الخادعة [البلاسيبو]) و من خلال **الدراسات المقارنة للأشكال المختلفة للعلاج النفسي**. وما زالت هذه المرحلة مستمرة، على الرغم من أنه لم يعد هناك من شك بفاعلية العلاج النفساني و عدم صحة أطروحة آيزينك. وهذا يمكن استخلاصه من "مراجعات بينية" تحليلية بعدية لأبحاث العلاج (أنظر فقرة التحليلي البعدي و توليفات البحث كأساليب تقويم مناسبة). أما الفرضية القائلة أن كل العلاجات التقليدية فاعلة بالمقارنة (وفق مبدأ الجميع ربح والجميع يستحق الجائزة Everybody has been won and all must have Prizes" فإنها من المؤكد لم تعد بهذا الشكل صالحة و أصبحت بوصفها "تناقضات مكافئةequivalent paradoxes" منذ أمد بعيد موضوع مستقل للبحث.

3. **بحث الفاعلية**-العلاجية النفسانية التفريقي -differential Psychotherapy Efficiency research(بحث العلاج النفساني التفريقي):ويهتم هذا الاتجاه من بحث العلاج النفساني (الممارس منذ سبعينيات القرن العشرين بشكل مكثف) بالسؤال المركزي: **"أية إجراءات علاجية، ومن خلال من، تقود لدى هذا الفرد بهذا الاضطراب النوعي و تحت أية شروط إلى أية نتيجة وفي أي وقت"**؟. وحتى لو أنه لم تتم بعد الإجابة عن هذا السؤال فإنه يتوفر اليوم كم كبير من النتائج التفصيلية التي تم تلخيصها في فقرة عوامل تأثير العلاج النفساني وما

بعد.

الأسس المنهجية و المفاهيمية لبحث العلاج النفساني

كيف يساعد العلاج النفساني؟ لا يمكن الإجابة عن هذا السؤال حول الفاعلية إلا من خلال البحث المطابق. ويعد برهان التأثير المبرر سببياً شرطاً ضرورياً لتفسير "كيف". فهل البحث المطابق ليس إلا مجرد بحث الأسس فقط أم هو البحث التطبيقي للإمداد العلاجي النفسي الواقعي؟

لكل واحدة من الاستراتيجيتين البحثيتين حسناتها وعيوبها. وتتم مناقشتهما بصورة متعارضة. ويتعلق برهان التأثير بصورة أساسية:

- بنوعية البحث quality of Research،
- و نوعية العلاج quality of Therapy.

وتعد نوعية البحث وظيفة (أو دالة):

- لمناسبة مخططات التجربة،
- للنوعية، فيما يتعلق بالحساسية و الصدق البنيوي لأساليب التشخيص والقياس،
- و مناسبة أساليب التقويم.
- أما نوعية العلاج فتتعلق:
- بتحقيق جرعة نوعية كافية من العلاج، من أجل تحقيق فرصة للتأثير عموماً،
- نوعية شكل العلاج المتجذر في السؤال المركب: "المريض المناسب في الوقت المناسب في العلاج المناسب".

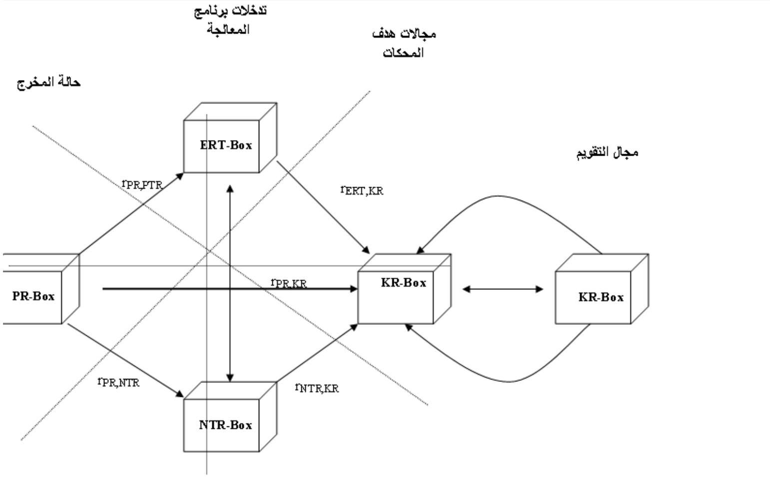
وتعد **مشكلة الدواء الخادع (البلاسيبو)** حجر عثرة مهم على طريق تفسير الفاعلية العلاجية النفسانية النوعية. فالدواء الخادع يفترض له ألا يتضمن عوامل التأثير

المخمنة؟. ولكن أيمكن أن يتم الادعاء بالفعل بما يحققه البلاسيبو في أبحاث الفاعلية العلاجية النفسانية؟ فالبلاسيبو في أبحاث العقاقير الصيدلانية مقبول كمتغيرة علاجية ويتم إعطاؤه لأشخاص التجربة كبديل علاج مضمون، من أجل التمكن من فصل تأثير فاعلية العلاج النفساني عن عوامل التأثير النفسية. ومثل هذه العوامل النفسية يمكن أن تكون الأمل في نجاح العلاج و تهديم الفوضى أو التشويش و الفاعلية الذاتية والاعتقاد و قابلية عرض مرضي معالج للتأثير. إلا أن هذه العوامل بالتحديد من ناحيتها هي عوامل تأثير مخمنة حاسمة للعلاج النفسي. وعليه يمكن الافتراض بأنه حتى في العلاجات بالبلاسيبو التي تتصف بدرجة عالية من التصديق تتضمن كذلك عوامل تأثير حاسمة من العلاج النفساني. لهذا يمكن **لعلاج البلاسيبو ألا يكون مناسباً** كمجموعات ضبط ومقارنة في **أبحاث العلاج النفساني** على عكس "التجارب الطبية العشوائية randomized clinical trials" لأبحاث الأسس الطبية الجسمية. لهذا فإن البديل السائد في أبحاث الفاعلية في العلاج النفساني هي مجموعات الضبط المنتظرة (المرضى الذين ينتظرون دورهم في العلاج) أو مجموعات ضبط الذين لم يتم لديهم سوى تحقيق درجة ضعيفة من المعالجة النفسية. فإذا ما أراد المرء اختبار عوامل التأثير النوعية فإنه يستطيع استخدام أشكال علاجية مختلفة كمقارنة. إلا أنه لا يمكن عزل عوامل التأثير المشتركة بين كل أشكال العلاج.

تصور الصناديق الخمسة للبيانات

من أجل توضيح مشكلات و استراتيجيات أبحاث التأثير، طرحنا تصور الصناديق الخمسة للبيانات (الشكل 1). ونميز هنا بين المجالات المختلفة (صناديق البيانات)، التي ينبغي الحصول حولها على المعلومات المستقلة التي يفترض أنيتم وضعها على علاقة مع بعضها مع مراعاة التعاقب الزمني. ينبغي على لكل بحث للفاعلية في البداية أن يكون واضحاً له ما هي المحكات التي سيقرأ من خلالها تأثير تدخل ما. وهنا سوف يختلف أصحاب المصلحة عن بعضهم البعض بشكل كبير إلى حد ما. و ينبغي أن يتم قياس هذا المحك الهدف الذي يعد مهماً في **صندوق التقويم Evaluation Box**

(EV-Box). ويعد القياس الممثل لأصحاب المصلحة هؤلاء (المعالجون، المرضى أو المتعالجين، أصحاب الأقسام العلاجية، المؤسسات الممولة و صناديق الضمان الصحي و صناديق تأمين المتقاعدين و الجمهور) أساس لا يمكن الاستغناء عنه للتقويمات العادلة، بالشكل الذي يفترض أن يجرى فيه في أبحاث الرعاية التطبيقية، أي **أبحاث التقويم و تقويم البرامج**. في أبحاث الأسس لا تطرح هذه المشكلة نفسها، فهي تهتم ببؤرة أخرى. فأبحاث الأسس سوف تشتق محك الهدف من النظرية العلاجية المستخدمة لوحدها و سوف تقوم كذلك بقياس بعض محكات الهدف في حالة الضرورة، التي لا يتوقع منها أولاً أية تأثيرات وثانياً تلك التي يخشى من تأثيراتها السلبية من أجل الضبط.

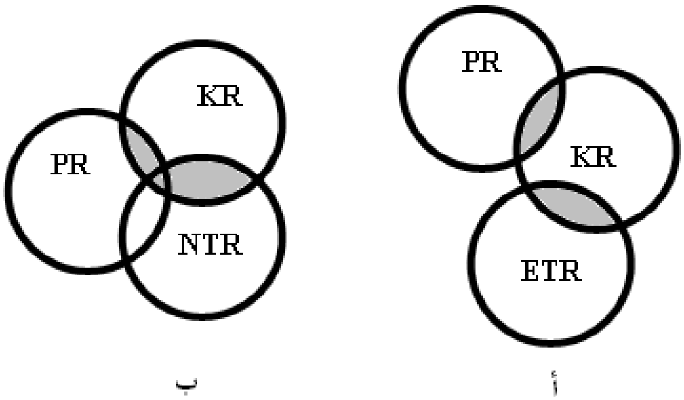


شكل (1) مخطط الصناديق الخمسة

تمثيل موضوع الهدف ليس هو المطلب الأساسي لأبحاث الأساس، لهذا يمكن لأبحاث الأساس و أبحاث الرعاية التطبيقية في اختيار المحكات، التي ينبغي تصنيفها مفاهيمياً في صندوق المحكات KR-Box أن تختلف عن بعضها بشدة. كلا صندوقين البيانات في مجال التدخلات هما عبارة **عن صندوقي معالجة تجريبية Experimental Treatment box(ETR-Box)** و **صندوق معالجة غير تجريبية Not-experimental Treatment box(NTR-Box)**. و هذين الصندوقين من البيانات يمثلان برنامجي التجربة المختلفين لاستراتيجيات **الاختبار والتقويم العشوائية، التجريبية و الطبيعية- الترابطية randomize, experimental and correlative-naturalistic**. والسهم بين صندوق ETR وصندوق NTR يشير إلى المعابر المطاطة و الأشكال المختلطة في متغيرات مخطط التجربة، بالشكل الذي تم طرحها في البرامج شبه التجريبية عند كوك و كامبيل Cool & Kampell,1979. و في صندوق المتنبئات predictor (PR-Box) تم تحديد متغيرات قبل التأثير بوصفها متغيرات المخرج (الخط الرئيسي base line). ويمكن لهذه المتغيرات أن تكون متطابقة مع متغيرات المحكات (KR-Box)، من أجل استغلال إمكانات برامج العينات الضابطة القبلية والبعدية، ولكنه أيضاً يتضمن متغيرات لضبط التباين المشترك من نحو شدة درجة الاضطراب و المتغيرات الاجتماعية الديموغرافية... الخ من أجل رفع قوة اختبار برنامج التجربة. لقد تم تحليل ومناقشة كل التقويمات لفاعلية العلاج النفساني و للطروحات من نحو "العلاج النفساني ينفع" بشكل نقدي دائماً على خلفية قوة وضعف البرامج التجريبية و استراتيجيات البحث هذه.

ميزات وسلبيات أهم استراتيجيات البحث

تكمن حسنات **الاستراتيجيات التجريبية في البرهان** الممكن **للسببية**. و هذا المظهر النوعي يتم تجميعه تحت المفهوم العام **الصدق الداخلي interne Validity** لبرنامج تجربة ما. و يعرض الشكل 2 من خلال تخطيط دائري هذه الميزة. إن توزيع المرضى بشكل



شكل (2) [أ] و [ب] تأثير استراتيجيات البحث

عشوائي في المجموعات العلاجية النفسانية و المجموعات الضابطة تسبب ألا ترتبط باقي متغيرات صندوق PR-Box-Variablesمع عوامل تأثير معالجة ما Treatment، أي لا تتقاطع معها. ويمكن للباحث عندئذ أن يكون متأكداً من أن تأثير ما في صندوق KR-Boxلا يرجع إلا إلى المعالجة فقط.

في الاستراتيجيات **غير التجريبية،** الطبيعية-الترابطية not-experimental correlative-naturalisticلا يتم تحقيق العشوائية، ومن خلال ذلك هناك دائماً **خطر** أن **تتقاطع** متغيرات المخرج (صندوق PR) مع متغيرات العلاج NTR-Variablesأو ترتبط بها. وهذه المشكلة تواجه البحث في العلاج النفساني العملي بشكل خاص. وهكذا يمكن منذ البدء تفضيل مرضى يمتلكون دافعية جيدة أو خفيفو الاضطراب أو معالجتهم بشكل مكثف، وهو ما استقر **باتهام العلاج بما يسمى مرضى YAVIS، أي أولئك الأقرب لأن يكونوا شبان و جذابون و قادرون على التعبير وأذكياء ولبقون (ناجحون) اجتماعياً**

young, attractive, Verbalize, Intelligent and social. وتدافع الممارسة الرعايةية العلاجية النفسانية بشدة ضد هذه التهمة من خلال الإشارة إلى أن درجة الشدة ومدة الاضطراب أو المرض في العادة في الممارسة العملية أقوى و أطول إلى مدى بعيد مما هي عليه لدى الأشخاص الذين يتم اختيارهم لأغراض البحث العلمية الأساسية. ويظهر الشكل (2 [ب]) إشكالية برهان التأثير بالنسبة لحالة تقاطع متغيرات PRو متغيرات NTR.

و تظهر المساحة المظللة تأثيراً لم يعد من الواضح فيه فيما إذا كان ناشئاً من خلال متغيرة التنبؤPredicators variable(حالة المخرج قبل العلاج) أم من العلاج نفسه أم من خلال التأثير المتبادل للمخرج و العلاج معاً. ويتناسب حجم المساحة المظللة مع حجم شدة التأثير لعامل تأثير ما. نسبة التفسير (التباين المفسر) في الشكل (10 [ب]) أكبر بشكل عام من النسبة في شكل (10[أ])، على الرغم من التداخل بين عوامل PR و عوامل NTR. ويفترض له أن يصور **أمل الممارسين بأنه في الممارسة الواقعية من خلال الجرعة العالية من العلاج النفساني** ومن خلال اتخاذ قرارات الفاعلية يتم تحقيق **تأثيرات أعلى مما هو الأمر في أبحاث الأسس**. من الناحية البحثية المنهجية يتم هنا طرح حجة وجود صدق خارجي أكبر لبحث الرعاية العملي. إلا أنه لابد هنا من **برهان هذا الأمل من خلال بحث التقويم المنهجي**، وهو ما لا يتم تحقيقه إلا فيما ندر للأسف. ومن ناحية أخرى يمكن من منظور أبحاث الأساس التشكيك فيما إذا كان بالضرورة أن يتحقق في الممارسة، تحقيق تأثيرات عالية، ذلك أنه غالباً ما يمكن ملاحظة أن العوامل المعروفة بأنها فاعلة يصعب تطبيقها وتنفيذها في الممارسة. و يمكن لهذا أن يكمن هذا في التأهيل السيء للمعالجين أو عدم كفاءتهم في الممارسة أو في عدم قابلية الشروط العشوائية المشوشة للضبط أو عدم قابليتها للتعديل في الممارسة العلاجية العملية. وهذه المشكلة في التطبيق التكنولوجي للمعارف العلمية الأساسية (لأبحاث العلوم الأساس) في كثير من مجالات الحياة معروفة على أنها مشكلة درجة التأثير، مع العلم أن التقنيين غالباً ما يكونوا راضين كلية بمعامل درجة تأثير من 30 حتى 40٪ استناداً إلى الحد الأعلى الممكن

نظرياً.

التحليلات البعدية لتوليفات البحث بوصفها أفضل أساليب التقويم

يوجد اليوم **اتفاق** واسع حول أنه من أجل اختبار فاعلية تدخل ما أو فاعلية ومدى تنبؤ وتفسير ما لا تكفي دراسة وحيدة وحتى لو كانت ممتازة من الناحية النوعية، وإنما **توليف من كثير من أعمال البحث المجراة والمستقلة عن بعضها.** و لابد للأعمال البحثية أن تحقق الحد الأدنى من معايير نوعية البحث. وقد أصبحت هذه التوليفات أو التركيبات معروفة تحت اسم التحليل البعدي Meta-analysis(ما وراء التحليل) أو مبادئ الصدق Validity Generalization. وقد قدم شكل (1) الإمكانات المختلفة للتوليف من خلال العلاقة بين صناديق البيانات المنفردة. و تطلق على الارتباطات تسمية **مقدار شدة التأثير.** وقد استخدمنا معامل الارتباط، ذلك أن كل مقادير شدة التأثير المستخدمة في المراجع يمكن تحويلها بدون مشكلات إلى معامل ارتباط. شدة التأثير في التجارب العشوائية تم تقسيمها باعتبارها فرق في المتوسط بين المجموعات التجريبية والضابطة من خلال الانحراف المعياري داخل المجموعات التجريبية والضابطة (مقدار Cohen d-mass) أو من خلال الانحراف المعياري لمقدار محك العينة الضابطة d-mass variant) حسب غلاس Glass). ومقدار $d_{ETR,KR}$ يمكن حسابه من خلال الصيغة التالية في معامل ارتباط ثنائي

$$r_{ERT,KR} = d_{ETR,KR}\sqrt{4 + d_{ETR,KR}}$$

و تقوم التحليلات البعدية بحساب شدات التأثير بمقدار العدد الذي أجريت فيه مقارنات العلاج مضروبا بعدد مقادير المحك المستخدمة لذلك ضرب عدد القياسات بعد التدخل العلاجي. بعدئذ يتم تحويل شدة التأثيرات المنفردة التي تم الحصول عليها، موزونة حسب عدد أفراد العينة إلى شدة تأثير كلية. وإلى جانب شدة التأثير الكلية هذه يتم تشكيل تجميعات جزئية فقط بالنسبة لأوقات القياسات أو نوع فئة المعالجة أو نمط أداة القياس أو بالنسبة لأوقات القياس المنفردة. بالإضافة إلى ذلك يتم فحص تباين

شدات التأثير كوظيفة للمتغيرات الوسيطة من النوع الاجتماعي الديموغرافي، أو مقاييس نوعية تصميم البحث. و غالباً ما يتم فحص أو دراسة شدات التأثير منفردة حسب الطريقة artifactو في مقتضى الحال يتم تصحيح النقص وفق الموثوقية Reliability وتصحيح تأثير التقسيم dichotomization وانخفاض التشتت و الصدق القليل لبناء المتنبئات و المحكات. وقد قدم هونتر و شميدت Hunter & Schmidt (1990)**قائمة مكونة من إحدى عشر طريقة artifactشائعة، تقود في غالبيتها إلى** التقليل من قيمة الأثر الحقيقي. وشدة التأثيرات الحقيقية هذه تجسد تقدير فاعلية العلاج النفساني ضمن شروط عشوائية مثالية بأفضل نوعية من البحث. فقط هي تمثل الأساس الأفضل لاختبار وتقويم نظرية علاجية. و إحدى أكبر **مشكلات** نوعية البحث تتمثل في ضعف **قوة اختبار** استراتيجية بحث ما. فقد تمكن كل من كوهين Chohen (1962) و سيديلماير غايغرينسر Sedlmaier & Gigerenzer (1989) من برهان مدى حجم هذه المشكلة في أبحاث العلاج النفساني. قوة الاختبار هي دالة لخطأ- β ، والتي تقول مدى حجم احتمال اكتشاف أثر حقيقي. و قد ظهرت هنا النتيجة المحبطة بأن قوة الاختبار المتوسطة($1-\beta$) لدى كوهين Cohen,1962 كانت (0. 48) فقط. بكلمات أخرى: يمكن أن يغطي فحص الفاعلية تأثيراً حقيقياً متوسط القوة في 100 دراسة فقط 48 مرة، إذا ما كان يفترض له أن يكون موجوداً. وتستند هذه النتيجة على ملخص البحث الذي نشر في مجلة علم نفس الشواذ وعلم النفس الاجتماعي Journal of Abnormal and Social Psychology (1960). ولم يتحسن هذا الوضع بعد عشرين سنة كما أظهره سيدلماير و غايغرينسر Sedlmaier & Gigerenzer (1989). وقد أظهرت مراجعتهما لمجلة علم نفس الشواذ في عام 1984أن كذلك بافتراض وجود تأثير متوسط($d_{ETR,KR}$=0. 50) فقد انخفضت قوة الاختبار المتوسطة إلى 0. 25. ومثل **هذه النتيجة المحبطة لانخفاض نوعية البحث** تمثل السماد لقاد أبحاث الأسس التجريبية، إلا أنه تبرز مشكلات مثيرة للانطباع للقابلية للتعميم لمثل هذه النتائج من الأبحاث.

وللتحليلات البعدية ميزة حاسمة تتمثل في حل **إشكالية قوة الاختبار** هذه من

خلال تجميع aggregation لكثير من الدراسات. ففي الدراسات البعدية يمكن اكتشاف التأثيرات الصغيرة لأن خطأ- β يصبح أصغر بوضوح من خلال الحجم الكبير للعينة.

لهذا يفترض **بالنسبة للتقويم الملائم** لمسائل الفاعلية استخدام بالدرجة الأولى **التحليلات البعدية و توليفات البحث و بالدرجة الثانية الدراسات المنفردة. و استناداً إلى اقتراح التخطيط للصناديق الخمسة توجد ثلاثة مشاريع بحث يمكن اعتبارها** خطوة في أبحاث العلاج النفساني. و هذه البرامج تم تنفيذها في مجموعات بحث غين فون غلاس (Smith et al. , 1980) Gene V. Glass، و كينيث هوارد (Howard et al. ,1986) و كلاوس غراوة Klaus Grawe (Grawe et al. ,1994).

و التركيز على مجموعة واحدة لا يعني التقليل من المجموعات الأخرى. و برامج البحث لهذه المجموعات الثلاثة تلاءم بصورة جيدة لتوضيح المسائل المختلفة لطور التبرير و مشكلات مناسبة التقويم. و يستند تلخيصنا "فيما إذا كان العلاج النفساني فاعلاً، وكيف" على نتائج هذه المجموعات الثلاثة بقوة. و بالنسبة للإجابة الدقيقة عن كيف" ينبغي أيضاً استخدام مجموعة من الدراسات الفردية، لأن التحليل البعدي و توليفات البحث غير متمايزة فيما يتعلق بمسائل أبحاث الفاعلية العلاجية النفسانية باستثناء مجموعة بحث كلاوس غراوه بناء على مستوى التجميع.

التحليل البعدي الأول الشامل الكثير النقاش لسميث و زملاءه، 1980 استخدم في التوليف والتحليل برامج عينات ضابطة تجريبية فقط. و قد سارت على خط -PR ETR-KR-Box في الشكل (1). العدد الوحيد الأهم هو شدة التأثير الكلي $d_{ETR,KR}=0.85$. ومضمونياً يمكن أن تتم ترجمة هذا العدد أن الأشخاص المعالجين بالعلاج النفساني بمتوسط كل المحكات المستخدمة واقع في 80٪ لتوزيع محك العينة الضابطة. وتتطابق قوة التأثير العام تطابق مع ارتباط يبلغ $r_{ERT,KR}=0.39$ أو 15. 30٪ من تباين حجم المحك العام كما يوضحه شكل (2[أ])، يعزى فقط إلى العلاج النفساني. ويمكن اعتبار مثل شدة التأثير هذه على أنها **التأثير الأكبر**.

وحتى الآن قلما تم إجراء التحليل البعدي للدراسات غير التجريبية التي حددت على خط PR-NTR-KR، بشكل منهجي إلا أنه يمكن إدراج أعمال هاورد وزملاءه، 1986 أو ماك نايللي و هاورد، McNeilly & Howard,1991 ضمن استراتيجية التقويم هذه. ففي هذه الأعمال يتم عرض الارتباط بين **الجرعة المأخوذة من العلاج النفساني (صندوق NTR) و النسبة المئوية لنسبة التحسن.** وقد تم التحديد الإجرائي للجرعة على أنها عدد الجلسات خلال محور الوقت (أسابيع). إلا أن التوليف يقوم على أعمال البحث التي لم تعد تحقق مطالب العشوائية للتصميم التجريبي بالمعنى الضيق. ولم يتم توزيع مرضى هذه الدراسة حسب مستوى الجرعة الفردية ليس عن طريق الصدفة وإنما حصلوا على جرعات مختلفة بناء على قرارات الفاعلية العلاجية واستعداد المرضى لتقبل الاتفاق العلاجي لوقت محدد. ومن خلال ذلك يكمن من جديد خطر أن عوامل PR ترتبط مع جرعة العلاج والمشكلة، التي تم رسمها في شكل (10 [ب])ـ التي تظهر فيها تفسيرات تأثير العلاج. ولضبط دالة تأثير–الجرعة doses-Effect function قام ماك نايللي و هاوارد باستخدام مجموعات مقارنة من المرضى غير المعالجين، الذين تم لديهم كذلك استخدام نسب التحسن عبر الزمن مع مقاييس الزمن نفسه (أسابيع). و من غير المعروف ما هي الجرعة من عوامل التأثير حصلت عليها مجموعة الضبط هذه عبر الزمن. ولا يمكن استبعاد بأن هذه المجموعة، على سبيل المثال من خلال المبادرة الذاتية و استغلال الشبكة الاجتماعية الخاصة أو من خلال الموارد خارج العلاج قد حصلت كذلك على جرعة محددة من عوامل التأثير العلاجية النفسانية. إلا أنه يفترض لهذه الجرعة، وبشكل خاص استناداً إلى عوامل التأثير الخاصة بالعلاج، أن تكون أقل بوضوح وبالتالي ينبغي أيضاً أن تكون نسب التحسن أقل بوضوح. وتغطي نتائج ماك نايللي و هاورد هذه الفرضية بشكل كبير. **فنسب التحسن لمجموعات الضبط غير المعالجة تظهر ارتفاعاً خطياً متقارباً عبر الوقت.** فبعد 52 أسبوع كانت نسبة التحسن حوالي 45٪. ويظهر مجرى **نسب التحسن** للمرضى المعالجين بالعلاج النفساني بروفيل مختلف كلية. فقد ارتفعت نسب التحسن في الأسابيع الأولى بوضوح أكبر مما هو الأمر

في مجموعات المقارنة، منحنى المجرى هو ما يمسى دالة متسارعة سلبا. ومثل منحنيات المجرى هذه معروفة كلية في مجالات أخرى غير أبحاث التأثير-العلاجية النفسانية. و تطلق عليها على سبيل المثال في الاقتصاد وظائف الفائدة الحدية و تمثل الموضوع القائل أن الاستثمارات تقترب من قيمة حدود الفائدة. ويعني هذا معمماً على أبحاث العلاج النفساني أن استثمار الجرعة العلاجية، على سبيل المثال أربعة أسابيع، في وقت لاحق في مجرى العلاج لا تنعكس في تأثير الفائدة نفسه (نسب التحسن الممكنة)، كما هو الأمر في الأطوار المبكرة لمجرى العلاج. وبالنسبة **لتقويم فاعلية العلاج النفساني** من التوليفات البحثية لهاورد وآخرين ظهرت النتائج التالية: على الرغم من المشكلات المذكورة للصدق الداخلي بمعنى الشكل (2[ب])تؤكد اتساق مجريات التأثير بالنظريات المعروفة و النتائج من المجالات الأخرى لفاعلية توظيف العلاج النفساني و تثبت مقبولية أن الجرعة العالية من العلاج النفساني تؤثر بشكل أفضل من الجرعة المنخفضة.

وتعد توليفة مجموعة بحث غراوه من أفضل توليفات البحث حول فاعلية العلاج النفساني. وتشمل دراسات تجريبية و شبه تجريبية و ارتباطية. وقد بدأت الدراسات عندما لم تكن حسابات شدة التأثير بالشكل الذي اقترحه وطورهغلاس Glass، من ضمن المعايير المقبولة لأبحاث الفاعلية. وقد سادت تقويمات تم فيها أخذ الدلالات بعين الاعتبار. وهذا النوع من التقويم يمكن اعتباره اليوم أكبر نقطة ضعف في هذه الأبحاث، ذلك أن الدلالات تعد دالة جوهرية لقوة الاختبار لبرنامج التجربة المستخدم. وفي عرض تفريقي جداً حسب أشكال العلاج و مجالات المعايير المستخدمة تم دائماً حساب عدد التأثيرات الإيجابية والسلبية بالنسبة للمقارنات العلاجية المجراة.

وقد تعلق الأمر في استراتيجية التقويم بطريقة فرز الأصوات- "Vote-Counting Method، غير المصنفة بشكل جيد في تصور أساليب التوليفات البحثية. فالطريقة لا تراعي التأثير الحقيقي لشدة التأثير. فالقيم الصغيرة تصبح في العينات الكبيرة دالة و في العينات الأصغر يمكن كذلك تحقيق تأثيرات كبيرة في كل الأحوال أيضاً. والميزة الفعلية للتحليل البعدي بمعنى سميث و آخرين (1980) المتمثلة في الوصول إلى قوة

اختبار مرتفعة، لا يتم تحقيقها في طريقة فرز الأصوات Vote-Counting" –Method".
والدراسات التي تقيس محكات كثيرة الخالية إلى حد ما من النظرية باستخدام عينات أكبر، يمكنها هنا أن تكتشف تأثيرات قليلة و يمكنها أن تتلاءم مع استراتيجيات تقويم غراوة، على الرغم من أنه عند استخدام التحليل البعدي باستخدام شدة التأثير فإن الفئات العلاجية قد لا تقود إلا إلى شدات تأثير متوسطة صغيرة فقط، ومن ثم يفترض ألا يتم تقويم هذه الفئة من العلاج على أنها فاعلة كفاية. وفي تعريف نوعية برامج التجربة يعطى غنى محتوى القياس قيمة إيجابية. ولكن يفترض أن يتم تقويم غنى المحتوى بشكل إيجابي عندما يكون غنى المحتوى هذا يتطابق مع التفصيل المطابق لنظرية العلاج. وإلا سيكون هناك اتهام بالنقص في الصدق الداخلي، أي "تصيد الدلالات" الذي يصبح مهماً، كلما تم استخدام كل مقاييس المحكات بشكل أكثر خلواً من النظرية.
و قد تمكنت دراسات أبحاث الفاعلية العلاجية الألمانية من إظهار أن لهذه المشكلة أساس نظري فهناك تم حساب كل مقاييس المحكات التي ذكرت في برنامج التجربة، والتي لم يذكر لها أية نتائج، بشكل بناء كتأثيرات صفرية. ولم يكن عدد مثل مقاييس المحكات هذه كبيراً، الأمر الذي قاد إلى شدة تأثير كلية منخفضة. و عندما لم يتم استخدام هذه المقادير في التجميع تمكن العلاج النفساني الناطق بالألمانية من تحقيق تأثيرات قابلة للمقارنة مع الدراسات الأنجلو أمريكية. إلا أن دراسة غراوة قد أدركت نقاط ضعف طريقة Vote-Counting" –Method"، وبدأت باستبعاد هذا القصور من خلال إعادة التحليل. وهكذا فقد تم تقديم تحليلات شدة تأثير لمجموعات ضابطة غير معالجة، يمكن لمتوسطاتها و توزيعاتها أن تفند حجة البلاسيبو. فمتوسط مجموعة الضبط هذه (d=0. 10) لا يختلف بدرجة كبيرة عن التأثير الصفري ويظهر وجود تشتت. وتفند هذه النتائج الحجة المقتبسة عن آيزينك بأن العلاج النفساني ليس أفضل من الشفاء العفوي لدى مجموعات ضابطة غير معالجة أو مجموعات بلاسيبو، بشكل أوضح مما قد اتضح من التحليل البعدي لسميث و آخرين (1980).

كلتا الاستراتيجيتين من البحث حول خط (PR-ETR-KR) و الخط غير التجريبي

(PR-NTR-KR) **تبرهنان أن العلاج النفساني بشكل عام فاعل جداً**. وعلى الرغم من أن هذه المقولة العامة تحل مشكلة التبرير، إلا أنها لا تعطي إجابة باعثة على الرضا عن السؤال، أي نوع من العلاج النفساني و كيف يؤثر. وعلى الرغم من أن سميث و آخرين (1980) يشيرون عن شدات تأثير مختلفة للفئات العلاجية المختلفة؛ فإن العلاجات الاستعرافية هي الأفضل. إلا أنه إذا ما أخذنا بعين الاعتبار التفاعلية المختلفة لقيم المحكات المستخدمة فإنه لا تعود تظهر فروق للفئات العلاجية. فإذا ما لم يقبل المرء تعريف التفاعلية Reactivityلسميث وآخرين فسوف يصل المرء لتقويمات مختلفة. **فالتفاعلية ينبغي ألا تفهم على أنها التباين الخطأ لمقادير المحك**. و حسب رؤيتنا فإن **الحساسية و التباين** الخطأ **لدى سميث وآخرين متداخلة مع بعضها**. فالاتجاهات العلاجية المستندة على نظريتها والتي تستخدم بشكل خاص مقادير محكات حساسة تتميز تجاه الاتجاهات الأخرى بنوعية أفضل من أساليب القياس. وينبغي عدم اعتبار مثل هذا التباين على أنه تباين خطأ منهجي، وعلى المرء عندئذ أن يعزو للعلاج الاستعرافي الفاعلية الأفضل. كما يشير غراوة وآخرين (1994) حول المقارنات بين الفئات العلاجية الأربع، التحليل النفسي، والعلاج الاستعرافي السلوكي و العلاج النفساني المتمركز حول المتعالج و العلاج الأسري، ولكن على أساس شدة التأثير، مع العلم أن فئة العلاج السلوكي الاستعرافي كانت هي الأفضل في كل المقارنات المباشرة. إلا أن المشكلة الحقيقية "لكيف" لم تحل بعد بهذا التفريق بشكل باعث على الرضا. وتكمن **السلبية الأكبر للاستراتيجيات التجريبية في تلخيص كل عوامل التأثير إلى متغيرة وحيدة، التي لا تعرف** سوى الدرجة صفر وواحد، ما يسمى بالمتغيرة الصامتة. وبهذا تتجمع وتتقسم بقيه الأنواع من **عوامل التأثير و فروق جرعتها** بين المجموعات الضابطة و التجريبية. **ولا يعود** إبراز عوامل التأثير المختلفة **عندئذ ممكناً**. وعلى الرغم من أنه يمكن لمثل هذه التجارب أن تجيب بشكل جيد عن السؤال فيما إذا كان العلاج النفساني يفيد، إلا أنه لا يمكن استخلاص شيء تفريقي حول "كيف". وقد أخذ باحثو العلاج النفساني هذه الإشكالية بعين الاعتبار بالتأكيد على **بحث العملية**. ففي السنوات

الأخيرة يتم بشكل قوي قياس ما الذي يحدث في العلاج النفساني، ويحاول المرء بالنتيجة تشكيل المتغيرات المهمة في العملية العلاجية و تحديدها إجرائياً. **ونتائج التحليلات البعدية العامة و توليفات البحث و كذلك الدلائل حول أية سمات للعملية ترتبط بمحكات النتيجة، يتم إجرائها منذ سنوات كثيرة في "النموذج العام للعلاج النفسي Generic model of Psychotherapy"** لهوارد و أورلنسكي Howard & Orlinsky وتم عرضها في الكتاب التعليمي للعلاج النفسي Handbook of Psychotherapy "(Bergin & Garfild,1994). و تصنيف هذا النموذج العام للعلاج النفسي في مجال المدخل (صندوق PR)، و العملية صندوق ETR زائد صندوق NTR) و المخرج (صندوق KR) يمكن أن يرتبط بشكل جيد مع تصورنا حول صندوق البيانات. لهذا سوف يسترشد تلخيصنا التالي لعوامل التأثير بهذا النموذج بشكل خاص.

عوامل تأثير العلاج النفساني

نظريات ونماذج مستقلة عن المدارس

للنماذج حول التأثير النوعي لمركبات العلاج النفساني تقاليد عريقة و تشكل الأساس لنظرية الاتجاهات العلاجية النفسانية النوعية. لقد تبنى البحث العلاجي منذ أمد بعيد مسألة أي من سمات العملية تترافق مع أية نتيجة و قد تراكمت في العقود الأخيرة النتائج حول هذا الأمر بشكل كبير. و الكتاب الصادر على فترات منتظمة بعنوان "Handbook of Psychotherapy and Behavior Change" لناشره A. E. Bergine & S. L. Garfield اشتمل منذ البداية على فصل عرضت فيها نتائج حول ارتباطات-العملية-النتيجة للأشكال العلاجية المختلفة (وبشكل خاص من قبل هاورد وأورلنسكي). وقد استندت طبعة عام 1994 على نتائج 2343 نتيجة مفردة نشرت في المحيط المتحدث بالإنجليزية والألمانية.

وهذا العرض يسترشد بشكل أساسي بنموذج إطار مفاهيمي، طوره كل من هاورد

وأورلنسكي في عام 1987 على أساس ملخصات سابقة لدراسات-العملية-النتيجة، و أطلقا عليه "النموذج العام للعلاج النفسي" للإشارة إلى صلاحيته العامة. قارن شكل (3). والنموذج يدمج المتغيرات الكثيرة المختلفة، درس تأثيرها على نتيجة العلاج حتى الآن و يفرق هنا بين ثلاث مجموعات كبيرة:

- **متغيرات المدخل** كتسمية لسمات مخرج العلاج، أي منظومة الرعاية و السياق الاجتماعي و إطار العلاج و سمات المرضى و المعالجين.
- **متغيرات** العملية، التي تصف الصيغ المختلفة و المظاهر التقنية و البين شخصية و البين فردية والإكلينيكية والزمنية "للعلاج بحد ذاته"،
- **متغيرات المخرج output variables**، كتسمية للنتائج قصيرة الأمد وبعيدة الأمد للعلاج، التي ترتبط في علاقة متبادلة مع مظاهر الموقف الداخلي والخارجي للمريض.

ومن المؤكد **أن العملية العلاجية النفسانية** هي مهمة جداً في السؤال عن عوامل تأثير العلاج النفساني. وفي النموذج يتم التمييز بين ستة مظاهر سنلخصها في العرض التالي:

عرض:

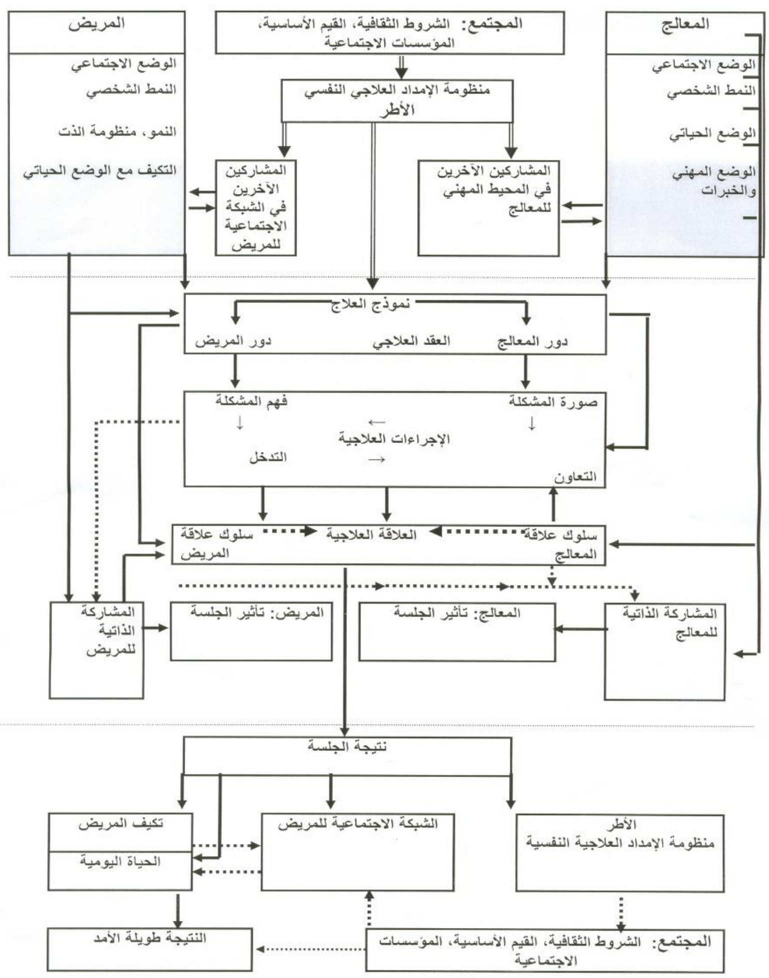
مظاهر العملية العلاجية النفسانية في النموذج العام للعلاج النفسي Orlinsky,1994

1- المظهر الشكلي: العقد العلاجي. تحديد الموقف العلاجي و الدور المتبادل بين المريض والمعالج (بما في ذلك المشاركين الآخرين) و الاتفاق على وسيلة العلاج Modality و نوع العلاج (فردي أم في المجموعة... الخ)، والخطة العلاجية و الأجر المادي، وموعد الجلسات... الخ. **(الاتفاق العلاجي)**.

مناقشة "اتفاق العمل working Consensus" فيما يتعلق بالأهداف و التوقعات و تطبيق الأدوار المتبادلة في الأطوار المختلفة للعلاج (**تنفيذ الاتفاق**).

2- **المظهر التقني: الإجراءات العلاجية.** استخدام المعرفة التخصصية الملائمة للمعالج:

- من أجل التعرف على الشكاوى الذاتية للمريض و النمط العلاجي النفسي في التفكير و الإحساس و التصرف (عرض مشكلة المريض)؛
- من أجل فهم الصورة الإكلينيكية المعنية للمريض من خلال نموذج علاج مهم، على سبيل المثال من خلال تقويم تشخيصي أو تقويم مؤقت للحالة (استنتاجات علاجية)؛
- من أجل اختيار أشكال التدخل الملائمة على أساس نموذج العلاج؛
- من أجل حفز المريض للتعاون الفاعل (**تعاون المريض**).



شكل (٣) النموذج العام للعلاج النفسي

3- **المظهر البين شخصي interpersonal Aspect: العلاقة العلاجية.** المشاركة البين إنسانية أو الرابطة بين المريض والمعالج [المرضى والمعالجين] تصف تأثير سلوك علاقتهما المتبادل على النوعية العامة و "جو" العملية الثنائية (أو عملية المجموعة) الناشئة بينهما (بينهم). ويتصف ذلك بشكل خاص بالشدة المختلفة

"للتعاون العلاجي"(**التطبيق الفردي**) للأدوار المطابقة، تكييف التفاعل)"والعلاقة الفردية"(الاتصال المتبادل، المشاركة الانفعالية المتبادلة).

4- **المظهر البين فردي intrapersonal Aspect**: المشاركة الذاتية الداخلية. خبرة الذات في العلاقة عند المشاركين في دورها المعني (المشاركة الذاتية عند المريض والمعالج)، وتشمل ضمن أمور أخرى وعي الذات و ضبط الذات و احترام الذات عند المعنيين، التي تتجلى بدرجة مختلفة من "الانفتاح" مقابل "الدفاع".

5- **المظهر الإكلينيكي**: التأثيرات المباشرة للجلسة العلاجية. **التأثيرات الإيجابية والسلبية للتفاعل العلاجي على المشاركين في أثناء الجلسة، وبشكل خاص التأثيرات لدى المريض، كالاستبصار و فهم الذات و التنفيس و التشجيع و نمو الكفاءة... الخ** ("التحقق realizationالعلاجي" لدى المريض) و التأثيرات في الوقت نفسه عند المعالج من نحو خبرة الكفاءة الذاتية أو القرب الانفعالي (**"الخبرة في أثناء العلاج"** لدى المعالج).

6- **المظهر الزمني**: **العملية الجارية بشكل متتابع.** تعاقب التفاعل، الذي ينشأ خلال الوقت داخل الجلسات (**مجرى جلسة ما**) و الأحداث المميزة لفترة العلاج ككل (**مجرى العلاج**).

و "النموذج العام للعلاج النفسي" ليس نظرية إكلينيكية بل هو نظرية بحث، تفيد كأساس لتصنيف النتائج منفردة و علاقتها ببعضها وكأرضية لترجمة الأسئلة الإكلينيكية إلى أسئلة بحث. و العرض الأحدث للأورلينسكي و آخرين حول علاقات العملية-النتيجة في العلاج النفساني يسترشد بهذا النموذج، حيث تم تصنيف النتائج منفردة بشكل منفصل حسب المنظور، الذي تم الحصول فيه على النتائج (المريض، المعالج، مقوم خارجي، مقاييس موضوعية على سبيل المثال). ومن المؤكد أن هذا مهم حتى بالنسبة للاستنتاجات بالنسبة للممارسة العلاجية النفسانية. وعلى أساس العرض يمكن عزل سمات العملية للمظاهر المختلفة للعملية، و برهان أهميتها بالنسبة لنتيجة إيجابية

للعلاج النفسي حتى الآن ببعض التأكيد.

أما فيما يتعلق **بالاتفاق العلاجي** فيتم في النموذج التفريق بين الاتفاق العقدي و تنفيذ العقد. ووفقاً للمستوى حتى الآن فإن السمات ترتبط مع نتيجة العلاج الأولى غير المتسقة، أي أن نتيجة العلاج على سبيل المثال ليست متعلقة بالأطر العلاجية (علاج فردي مقابل علاج في المجموعة أو العلاج الأسري) أو بتعاقب الجلسات. إلا أنه هنا لابد من الإشارة إلى أن عرض أورلنسكي وآخرين تقوم على التأثيرات العامة و لا يتيح سوى استنتاجات متعلقة بذلك فقط، وهو ما لا يعني بأنه لا توجد مجموعات محددة من المرضى أو مرضى معينين تكون أطر علاجية معينة أو تعاقب محدد للجلسات غير ملائم بالنسبة لهم ضمن ظروف محددة أكثر من الآخرين.

و النتائج فيما يتعلق بمظهر **تنفيذ الاتفاق** أكثر وضوحاً. "فملائمة" مريض ما لشكل معين من العلاج، ومهارة المعالج النفساني و المقدار العالي من النشاط اللفظي من جانب المريض و الثبات المضمون للاتفاقات العلاجية و الملائمة والوضوح فيما يتعلق بأهداف العلاج و "تحضير" المريض على العلاج بمعنى أن يعرف المرضى في بداية العلاج إلى حد ما بالضبط ما الذي ينتظرهم، برهنت نفسها على أنها مؤشرات (متنبئات) ملائمة بالنسبة لنتيجة العلاج. وبهذا يمكن القول بالنسبة لهذا المظهر أن مظاهر من نحو المهارة العلاجية أو اتفاق المريض أو ثبات الإطار قد برهنت نفسها على أنها أهم بكثير من الشكليات في بنية العلاج. (Orlinsky,1994b)

وفي **صورة المشكلة Problem presentation عند المريض** كجزء من المظهر التقني برهن بشكل خاص التركيز على المشكلة الفعلية (بعكس "هنا" و "الآن") وعلى العلاقات الجوهرية بالنسبة للمريض و الوظائف المتشكلة بشكل جيد نسبياً للأنا على أنه إيجابي فيما يتعلق بنتيجة العلاج. فالتركيز على المشكلات حسب أورلنسكي هي السمة التقنية من جانب المعالج، الأوضح ارتباطاً بالنتيجة الإيجابية للعلاج، في حين أن التركيز على سبيل المثال على "هنا" و "الآن" أو على النقل لا يفسر إلا القليل من التباين. ومن الجدير بالاهتمام أن تبرهن "التدخلات المتناقضة" و "المواجهة المسترشدة بالخبرة"

(كتقنية الكرسي على سبيل المثال في العلاج الجشطلطي) من بين التدخلات العلاجية ذات العلاقة الأقوى بنجاح العلاج. و أقل "ملائمة" إلى حد ما ظهر التفسير، في حين أنه لم يتم التمكن بشكل عام من إثبات التأثير الإيجابي للدعم والنصائح و انفتاح المعالج و السبر. وأخيراً فيما يتعلق بتعاون المريض فإنه من المفيد كما يتوقع إذا ما أظهر المريض الاستعداد الواضح (وعلى عكس المقاومة) و تمكن في مجرى العلاج من إظهار انفعالات إيجابية غالبة.

وتتجلى الأهمية المفترضة **للعلاقة العلاجية** بشكل صاف وواضح في نتائج البحث:
The mass of Data must be taken as strongly evidence for the importance of the therapeutic bond"... كمية البيانات يجب أن تؤخذ كإثبات لأهمية الرابطة العلاجية. بهذه العبارة يلخص أورلنسكي النتيجة التي ارتبط وفقها حوالي 60٪ ارتباطاً إيجابياً بالعلاقة العلاجية تم استخلاصها من 1025 نتيجة منفردة مع 18 تعيير إجرائي مختلف للعلاقة العلاجية. وقد ظهر أن الالتزام الشخصي من جانب المريض و المعالج (على عكس التحفظ العلاجي) و مصداقية المعالج و تعاون المعالج (على عكس التساهل permissivelyوالمباشرية directivity) والمريض و الانسجام التبادلي الحقيقي في التواصل و في توكيد affirmationالمشاعر (الإيجابية) مهمة بشكل خاص حسب النتائج الراهنة حتى الآن.

وعلى الرغم من أنه يمكن اعتبار "الأهمية المركزية للعلاقات البين إنسانية للمعالج والمريض بالنسبة لنجاح العلاج... . أفضل أطروحة مبرهنة إمبيريقياً في أبحاث العلاج النفساني" فإن المفهوم لم يقس حتى الآن بدقة أو فقط بمعنى علاقة معاشة بشكل باعث على الرضا. ويقول أحد التعريفات الدقيقة التي اقترحها بوردانBordineأن الرابطة العلاجية تشير إلى مكونات مختلفة، إلى **الخطوات أو المهام الملموسة tasks في العلاج،** التي ينبغي أن يتولاها المشاركون بكامل المسؤولية و يتقبلونها، و إلى **أهداف goals العلاج**، بمعنى أن المعالج والمريض يتفقان على الأهداف الواجب تحقيقها بشكل واقعي، و أخيراً إلى **الروابط bonds**التي توصف من خلالها كل المظاهر الإيجابية المكتسبة للعلاقة

بين المعالج والمريض. وهناك بعض الدلائل بالفعل على أن التوافق بين المريض والمعالج فيما يتعلق بأهداف العلاج و فيما يتعلق كذلك بالتوقعات و الاستعداد لتقبل تصورات علاجية محددة ملائمة بالنسبة لنجاح العلاج.

و ضمن **المظاهر البين فردية** للعملية العلاجية أثبت الانفتاح (على عكس الدفاع) على المشاعر والتعبير عنها من جانب المريض، و من جانب المعالج (أقل وضوحاً) تقبل الذات والأصالة، فاعليته باعتباره مؤشرات جيدة لنجاح العلاج، مع الإشارة إلى أن النتيجة الأخيرة المذكورة بشكل خاص تشير إلى أهمية الخبرة الذاتية العلاجية.

و تلك السمات المذكورة تحت المظهر الخامس **(التأثيرات المباشرة لجلسة العلاج)** ، أي "التحقق realizations" العلاجي و خبرة الكفاءة الذاتية و القرب الانفعالي عند المعالج تعد حسب العرض الشامل لمستوى البحث من سمات العملية الملائمة جداً لنجاح العلاج.

وأخيراً تظهر المراجع علاقة واضحة بين **مدة العلاج"** والنتيجة، مع الإشارة إلى أنه لا بد من مراعاة أن كثير من الدراسات التي استخدمت في المراجعة كان متوسط مدة العلاج فيها ستة أسابيع. ومن هنا فإنه لا يمكن القول بمطلق الحال بأنه "كلما كان العلاج أطول كانت النتيجة أفضل". والدراسات حول علاقة الجرعة بالأثر في العلاج النفساني تظهر دائماً بأن العلاقة بين فائدة علاج ما والمدة تتمثل بمنحنى متسارع بشكل سلبي. وبشكل عام فإن أهمية الوقت في العلاج النفساني على الرغم من النتيجة المذكورة المؤكدة ما زالت غير واضحة.

العرض القائم على "النموذج العام للعلاج النفسي" لأورلنسكي وآخرين الذي تم تلخيصه هنا يتيح لنا استنتاجات حول الأهمية الممكنة للعوامل النوعية للعملية، مع الإشارة إلى أنه ينبغي مراعاة منظور التقويم بالمعنى الدقيق: "من منظور المعالج فإن المؤشرات الأقوى بالنسبة لنتائج العلاج فإن ملائمة المريض بالنسبة لشكل العلاج والالتزام الشخصي و التعاون (مقابل المقاومة) و الانفتاح (مقابل الدفاع) و المشاعر

الإيجابية هي مساهمة في العلاقة العلاجية. ومن المنظور الخارجي للمشرف الذي يصغي إلى تسجيل للجلسة على شريط تسجيل فإن المهارة العلاجية و الثقة و المصداقية عند المعالج و استخدام التفسيرات و التمركز حول مشكلة المريض والالتزام في العلاقة المتسمة بالتفاهم المتبادل تعد ملائمة بشكل خاص. يضاف إلى ذلك سمات المرضى كالملائمة للشكل الخاص من العلاج و التعاون والانفتاح و المساهمة الإيجابية بالعلاقة العلاجية و خبرة التحقق العلاجي therapeutically Realizationفي أثناء الجلسة" Orlinsky,1994,P. 120)

ومنذ مدة طويلة تجري محاولات عزو تأثير العلاج النفساني إلى عوامل أكثر عمومية، مما هي عليه في "النموذج العالم للعلاج النفسي" وفي هذا السياق يتحدث المرء بإن العوامل العامة هي كذلك عناصر متضمنة في "كل" علاج نفس. وقد حاول باحثون مختلفون صياغة مثل هذه العوامل، وهو ما سنعرضه فيما يلي.

عرض: لعوامل التأثير العامة للعلاج النفسي (بعض الأمثلة)

- روزينتسفايغ (Rosenzweig,1936): شخصية المعالج، تقنية تفسير المعالج، شخصية المريض.
- باندورا (Bandora,1977): تأثير الكفاءة الذاتية self-efficacy" للمريض.
- فرانك (1982) Frank: الالتزام الانفعالي (الارتباط الانفعالي)، العلاقة المشحونة بالثقة، الشروط العلاجية المحيطية، ميثولوجيات المرض (تصورات التفسير لمشكلة المريض).
- كاراسو (1986) Karasu: الخبرة الانفعالية، السيطرة الاستعرافية، تنظيم السلوك.
- ماير (1990) Meyer:عرض علاقة مساعدة (غير ذات مصلحة)، محاولة تفسير

المشكلة، تعريفها، و إعادة تعريفها. البحث عن حلول بناءة للمشكلة، نفسنة psychologizationالمشكلة "الغريبة عن الشخصية".

وبناء على المراجعة الشاملة لأبحاث العلاج النفساني من خلال غراوه وآخرين (1993) تم القيام بأحدث محاولة لصياغة عوامل التأثير الصالحة بشكل عام في العلاج النفساني ومن ثم لطرح "علاج نفسي عام" كنظرية علاج نفسي أو نظرية تعديل من "الجيل الثاني". وفي هذه النظرية تم افتراض أربعة عوامل تأثير مركزية (قارن غراوه، 1999)، ألا وهي:

- **تنشيط الموارد Recourses activation**(أي الربط بالإمكانات الإيجابية و بطبيعة وقدرات و دافعية المريض بها في ذلك سلوك العلاقة).
- **تحديث المشكلة** أو "مبدأ الخبرات الواقعية" _أي التعديل من خلال "الخبرة الواقعية للتعديلات المهمة في العملية العلاجية".
- **المساعدة الفاعلة لمواجهة المشكلة:** (أي الدعم الفاعل للمريض، من أجل مواجهة المشكلات بشكل أفضل).
- **توضيح الدافعية** (أي توضيح أهمية خبرة المريض وسلوكه استناداً إلى الأهداف الشعورية واللاشعورية و القيم و تنمية الاستبصار).

♦ يختلف المعالجون من اتجاهات مختلفة عن بعضهم، إلا أنهم يتشابهون مع بعضهم بدرجة كبيرة أكثر مما يردون هم أنفسهم الاعتقاد و أكثر مما توحى بهم كتبهم التعليمية" (Czogalik,1990,P. 11)

وحتى في هذا العرض التلخيصي حول عوامل التأثير الشاملة للعلاج النفسي فإنه قد ثبت ما كان كثير من الباحثين قد عبر عنه. ومحاولة عزل عوامل تأثير عامة للعلاج

النفسي لا يسعى في النهاية إلى التخلي عن الحدود القائمة على المدارس من أجل استغلال إمكانات الذخيرة العلاجية السلوكية.

عوامل التأثير الخاصة بالمنهجية

ومهما كانت المبادئ العامة المذكورة مفيدة بالنسبة للممارسة العلاجية، إلا أنها تخفي في طياتها بالإضافة إلى ذلك أنه من الممكن أن تختلف الطرق العلاجية المختلفة عن بعضها في عوامل تأثيرها (وبالطبع في فاعليتها). وقد تم برهان هذا من خلال دراسات دقيقة للعلاج النفسي تم فيها أيضاً فحص عملية العلاج بدقة، وأعطت مؤشرات على مؤشرات تفريقية. ومن الأمثلة على ذلك من المحيط الناطق بالألمانية الدراسات المقارنة للعلاج السلوكي والعلاج المتمركز حول المعالج من خلال بلوغ Plog (1976) وغراوة Grawe (1976)، وما يسمى بمشروع العلاج النفساني قصير الأمد (Meyer,1981)، الذي تمت فيه مقارنة العلاج النفساني ذو التوجه التحليلي و العلاج البؤري المتمركز حول المتعالج أو دراسة بيرن المقارنة للعلاج النفسي لغراوه Grawe (1990) التي درست أربعة شروط علاج مختلفة _العلاج السلوكي واسع الطيف، و العلاج التفاعلي الفردي وفي المجموعة و العلاج النفساني المتمركز حول المتعالج).

وقد أظهرت الدراسات المذكورة على سبيل المثال أن الطرق العلاجية المختلفة ترعى "نماذج تعديل" مختلفة أيضاً (على سبيل المثال "تربوي" في العلاج السلوكي، "نموذج مواجهة" في العلاج النفساني المتمحور حول المتعالج)، وبأنه على الرغم من أن المعالجين يتصرفون "وفق النظرية" إلا أن هذا يتجلى بشكل أساسي في التكرارات المختلفة لتدخلات محددة، ولكن ليس في الأسلوب الأساسي. و بشكل عام يمكن استنتاج وجود نقاط مشتركة أكثر من النقاط المختلفة في سمات العملية لأشكال محددة من العلاج النفساني. بالإضافة إلى ذلك هناك مبادئ لبرهان آليات تأثير، بالشكل الذي "تتطلبه" النظرية، في سياق طرق علاج منفردة. و من المؤكد أن أغنى مادة هنا نشأت

من مجال العلاج النفساني ذو التوجه التحليلي.

العلاج النفساني التحليلي النفساني

قام ميللر و آخرون (1993), .Miller et al بتلخيص نتائج أبحاث العلاج النفساني ذات التوجه السيكوديناميي و أظهر كيف يمكن برهان العناصر الجوهرية لنظرية التعديل التحليلي النفساني من نحو على سبيل المثال مفهوم الاستبصار أو النقل أو النقل المعاكس أو الدفاع والنكوص. بشكل إمبيريقي و كذلك برهان تأثيرها النظري المفترض على العلاج.

و قد توصل لوبورسكي و آخرون (1993), .Luborsky et al في تلخيصهم للنتيجة أن هناك ستة عوامل تأثير أساسية للعلاج السيكوديناميي مبرهنة بشكل جيد ألا وهي:

- مقدار الصحة النفسية،
- نوعية العلاقة العلاجية،
- صياغة علاقة النقل
- تمركز هذه العلاقة في تفسير المعالج (أي تحديد صراع العلاقة الأساسي).
- نمو الاستبصار و فهم الذات
- تمثل الخطوات التي تم تحقيقها في العلاج.

العلاج السلوكي

على عكس العلاج النفساني التحليلي و أساليب العلاج المتمحورة حول الخبرة كالعلاج النفساني المتمركز حول المتعالج لم يهتم المرء كثيراً حتى الآن في العلاج السلوكي بعوامل التأثير النوعية، عدا عن التقنيات القائمة على النماذج التعليمية النظرية. وهكذا فلم يولى اهتماماً كبيراً للعلاقة العلاجية –كما أظهر شيندلر Schindler,1991. و وهناك

محاولات جديدة لصياغة نموذج عمليات للعلاج السلوكي يذهب لأبعد من المظهر التقني يسترشد بشكل غالب بنظريات علم النفس الاجتماعي حول التأثير الاجتماعي. وهذه النظريات تندمج على سبيل المثال في نموذج الأطوار المصاغ في العلاج السلوكي لكانفر وآخرين Kanfer, et al. ,1990، والذي مازال برهانه الإمبيريقي غير موجود. وفي هذه النموذج تم طرح فرضيات حول التأثير الاجتماعي (على شكل طرح مهمات مفترضة من جانب المعالج) مقابل التصميم النموذجي لمجرى العلاج في العلاج السلوكي.

عرض لنموذج الأطوار للعلاج السلوكي

-الأطوار العلاجية وأمثلة حول الاستراتيجية العلاجية

الطور الأول: تصميم الأدوار و بناء مجموعة عمل.

الاستراتيجية: تقبل التصورات و عوالم خبرة المتعالج، تجنب الانفتاح الذاتي (الصراحة) المبالغ به، تنمية المسؤولية الذاتية من جانب المتعالج، الإرشاد و التعزيز بدلاً من التفسير والمواجهة والنقد.

الطور الثاني: "التعهد commitment" و الدافعية والاتفاق فيما يتعلق بالتعديلات.

الاستراتيجية: الجمع الدقيق للمعلومات، استحداث نموذج تفسير للسلوك المشكل؛ يتحرك المعالج مبتعداً ببطء عن الإطار المرجعي للمتعالج، ويدخل نموذج تفسيره الخاص؛ أهمية السبر و التعبير و الدعم و التوضيح أو التفسير.

الطور الثالث الاتفاق على محتويات العلاج.

الاستراتيجية: طرح نموذج شروط فردي (مؤقت) لتفسير نشوء واستمرارية الإشكالية؛ اشتقاق الأهداف و الإجراءات العلاجية؛ استيلاد التنافرdissonance

الاستعرافي، الحافزة للتعديل.

الطور الرابع: تنفيذ العلاج و الحفاظ على استمرارية الدوافع.

الاستراتيجية: إدخال اقتراحات وتقنيات تعديل متوالية؛ توصيل المعرفة حول الأساليب و التخطيط لخطوات العلاج الصحيحة (أي ليست كبيرة كثيراً)، إرشادات و توجيهات؛ تراجع التعابير المتعاطفة؛ مراعاة المقاومة.

الطور الخامس: تسجيل و تقويم الخطوات.

الاستراتيجية: تشخيص مرافق و إرجاع؛ الاستخدام الهادف للمواجهة والنقد.

الطورالسادس: تعميم و إنهاء العلاج.

الاستراتيجية: تخفيض الضبط الخارجي من خلال المعالج؛ تناقص التوجيه، تزايد الدعم، تعزيز مهارات المساعدة الذاتية.

العلاج النفساني في المجموعة

على ما يبدو فإن عوامل التأثير للعلاج النفسي في المجموعة قد درست بشكل جيد، و هناك تقاليد طويلة تعود للأعمال النظرية ليالوم Yalom (1985) أو بلوخوكروش Bloch & Crouch (1985). و قد وصف الباحثون عوامل التأثير النوعية بالنسبة للعلاج ضمن المجموعة، التي نلخصها في جدول (1).

وعلى الرغم من الدراسات الواسعة التي تقوم على نظرية عوامل التأثير فإنه حتى الآن لم يتم التمكن من برهان الأهمية النسبية لعوامل التأثير الفردية في الأنواع المختلفة للعلاج في المجموعة بشكل يبعث على الرضي. وحسب المراجعة التي قام بها ماك كينزي

Mackenzie (1987) كانت أكثر العوامل التي قومها مرضى العلاج ضمن المجموعة على أنها مفيدة هي التنفيس و التماسك cohesion و الاستبصار و التعلم البين شخصي (التغذية الراجعة) و يبدو التقويم هذا مستقل عن الاتجاه النظري للعلاج ضمن المجموعة أو عن الإطار (العلاج المركزي مقابل العلاج الخارجي). و كانت عوامل عمومية المعاناة و بعث الأمل و العوامل الوجودية و الغيرية و تعديلات السلوك (مخرج-التعلم البين شخصي) من العوامل التي قومت على أنها مساعدة. بالمقابل كانت عوامل التوجيهات و التماهي وإعادة recapitulation الخبرات الأسرية أقل فائدة. و هنا علينا أن نلاحظ بأن التماهي و إعادة الخبرات الأسرية على سبيل المثال أقرب لأن تمثل عمليات جارية بشكل لا شعوري لهذا فإن أهميتها في العلاج ضمن المجموعة ربما ينبغي تقويمها بشكل أعلى. فدراسات العملية الدقيقة للمعالجات المركزية (في المستشفى) تؤيد هذا في كل الأحوال. وتشير دراسات جديدة قارنت الأساليب العلاجية المختلفة مع بعضها البعض إلى أن عوامل التأثير المتعلقة بالمجموعة هي عوامل أقرب لأن تكون غير نوعية بالفعل، في حين عوامل التأثير المتعلقة بالعلاج أقرب لأن تكون خاصة من أجل تمييز التصورات العلاجية في المجموعة. فقد ظهر على سبيل المثال بأن التوضيح من خلال المعالج أقرب لأن يكون مميزاً للعلاج في المجموعة القائم على أساس علم نفس الأعماق أو ذو التوجه التحليلي النفساني في حين أن الحضور الانفعالي أو الانفتاح الذاتي للمعالج يميز العلاج في المجموعة التحليلي النفساني -التفاعلي أو ذو الاتجاه الديناميكي.

جدول (1) عوامل تأثير العلاج النفساني في المجموعة	
العامل	مثال
التقبل و التماسك	خبرة الانتماء للمجموعة، التقبل
الغيرية	احترام الذات من خلال المساعدة من الآخرين
الإرشاد	نصائح ملموسة من خلال المعالج أو أفراد المجموعة.
الاستبصار	تقبل الجوانب المنكرة حتى الآن.
بعث الأمل	خبرة التقدم لدى الآخرين
عوامل وجودية	تعرف المسؤولية الذاتية، الحدود الذاتية
التماهي/ التعلم وفق النموذج	إيجاد المثل الأعلى في المجموعة
مدخل التعلم البين شخصي\التغذية الراجعة	تغذية راجعة حول السلوك من المجموعة
مخرج-التعلم البين شخصي	تجريب أنماط سلوكية محددة
التنفيس	التعبير عن المشاعر، التعبير عن النقد.
الانفتاح الذاتي	خبرة إمكانات الانفتاح على الذات
عمومية المعاناة	معرفة "جميعنا في قارب واحد".
إعادة إحياء خبرات	نقل الوالدين-أو الأخوة إلى الأفراد الآخرين في

العلاقة الأسرية (أو الأخرى)	المجموعة.

العلاج النفساني المركزي

بما أنه للعلاج المركزي (الترقيدي) في المحيط الناطق بالألمانية أهمية خاصة جداً داخل نظام الرعاية فسوف تتناول أخيراً مسألة عوامل التأثير لهذا الشكل الخاص من العلاج النفساني. و يعرف العلاج المركزي (الترقيدي) على أنه عبارة عن توليف من "تقنيات التدخل النفسية المحددة المتنوعة". ويفرق يانسن Jansen بين المستويات المختلفة للعلاج، ألا وهي العلاج النفساني "التفسيري، القائم على المواجهة" و"المستوى فوق اللفظي-الإبداعي" (من نحو الأساليب ذات التوجه الجسدي أو الحركي، والعلاج الجشطلطي و العلاج بالموسيقى) و المجال الطبي-الراعي، الحامل. وقد برهنت الدراسات حول عوامل التأثير باستمرار، أن التقنيات غير اللفظية بالتحديد تمثل إكمالاً مهماً ويتم تقويمها بشكل عال و بشكل خاص لدى المرضى المضطربين بشدة أو المرضى الذين يميلون للتجسيد حيث تتيح لهم المدخل للانفعالات، التي يصعب التعبير عنها لفظياً. وبهذا ربما يمكن اعتبار النتائج حول التأثير الممكن للتوليف بين التقنيات اللفظية و غير اللفظية على أنه نموذج صالح في العلاج في المستشفى للمرضى المتضررين بشدة.

الشيء الجوهري في تأثير العلاج النفساني المركزي يبدو الإمكانية بالنسبة للمرضى، حسب سماتهم و حسب تفضيلهم "الفردي" أن يختاروا هذه أو تلكمن الكم الكبير لعروض العلاج، التي تتوافق بشكل جيد مع فهمه للمرض.

ومما لا شك فيه تعد الجماعة العلاجية عامل تأثير جوهري ممكن للعلاج المركزي، إلى جانب ابتعاد المريض خلال العلاج عن محيطه المألوف. وهذه المجموعة مصممة حسب الطريقة المنظم من خلالها القسم العلاجي ومن خلال مدة الإقامة (في الأقسام المركزية لفترة طويلة جداً على الأغلب) و برنامج العلاج نفسه. وكل هذه العوامل تتيح

للمريض بنية موثوقة و في الوقت نفسه إمكانية إخراج(عرض) صعوباتهم في بعض الأحيان. وتعبر الدراسات الإمبيريقية حول العلاج النفساني المركزي (الترقيدي) عن أهمية الجماعة العلاجية في التقدير الإيجابي الجماعي من خلال المريض. ومن وجهة المريض فإن الحياة المشتركة مع الآخرين وحالة القسم ذات أهمية مشابهة للإجراءات العلاجية الملموسة. وتتيح الحياة اليومية في القسم الذي تتاح فيه للمقيمين عدد كبير من الخبرات بين شخصية سواء في العلاقة بالمرضى الآخرين أم بأفراد الفريق، مع العلم أن هذه الخبرات أكثر كثافة مما هو الحال عليه في العلاج الخارجي.

وفي دراسة حول العلاج المركزي (الترقيدي) في المجموعة ظهر أن العدد الأكبر من المشكلات والصراعات التي يتم نقاشها في المجموعة، تكون شبه مستلهمة من خلال الصعوبات في التعامل مع بعضهم في القسم مع العلم أن هذه الصعوبات غالباً ما تكون تكراراً لمشكلاتهم البين شخصية المعروفة لدى المرضى من علاقاتهم بأفراد الأسرة أو الأطر المرجعية المهمة الأخرى.

لقد أدرك فرويد في وقت مبكر بأن مجرد التحديد للأسباب التاريخ حياتية الممكنة لدى مرضاه يكاد لا يقود إلى أية نتيجة، بحيث أن الإخبار بالمحتويات النفسية المكبوتة لا يكفي من أجل إحداث تغيير. فالتحليل النفساني ليس تفسير استعرافيا ينجم عنه تعديلات سلوكية، وإنما هو مواجهة مؤثرة انفعاليا لكلا المشاركين حول حيوية العلاقة و خبراتها.



حتى الرجوع إلى المراجع التقليدية في العلاج السلوكي يظهر أنه قد تم منح بناء العلاقة العلاجية أهمية كبيرة. وفي دراسات المقارنة العلاجية للتحليل النفسي والعلاج السلوكي ظهر أن المعالجين السلوكيين كانوا متفوقين في متغيرات بناء العلاقة العلاجية (مقاسة بمقياس العلاج النفساني المتمركز حول المتعالج) على معالجي التحليل النفسي.

وقد تم النظر باستمرار لنوعية العلاقة العلاجية في العلاج السلوكي على أنها مهمة، ولكن على الأغلب متغيرة خلفية "غير نوعية" لأن المرء لم يبذل لفترة طويلة جهده في تفحص المتغيرات المهمة للعلاقة العلاجية و توضيحها نظريا ؛ إلا أنها كمتغيرات خلفية ضمنية كانت دائم مهمة. وقد تغير الأمر في السنوات الثلاثين الأخيرة؛ إذ يتم دراسة وتحليل متغيرات العلاقة العلاجية كمتغيرات واضحة.